

PROPOSTA TÉCNICA

**HOSPITAL
ESTADUAL DE
LUZIÂNIA**

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

f

PROPOSTA TÉCNICA

PROPOSTA TÉCNICA PARA O GERENCIAMENTO, A OPERACIONALIZAÇÃO E A EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA, CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2022 SES/GO

DECLARAÇÃO

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei no HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA localizada na cidade de Itumbiara – GO, todos os serviços descritos na presente PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 04/2022.

Declaro que a validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção.

Declaro ainda, que conheço as leis e normas jurídicas que respaldam a pretendida parceria e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde – SUS.

GOIÂNIA, 22 de fevereiro de 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

R

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO 04/2022

OBJETO: Seleção de Organização Social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das Ações e Serviços de Saúde no Hospital Estadual de Luziânia

O Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada – IBGC 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, com foco na satisfação do cliente, no caso, o usuário do Sistema Único de Saúde – SUS.

O IBGC 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.

Neste momento, essa proponente apresentará a metodologia de gerenciamento por resultados proposta para o Hospital Estadual de Luziânia.

MODELO GERENCIAL

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 prestadoras 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.

ÉTICA NA ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL

Ética (ethikos e ethos) é uma expressão de etimologia grega, cujo significado original designava “o lugar próprio do homem”, ou seja, o que é específico do homem, e “uso ou costume”. Segundo Aristóteles, o termo inclui a ideia de caráter e disposição. Assim, a ética reflete o caráter do indivíduo e, numa outra dimensão, o caráter da organização do grupo humano.

Eis porque ética pode também ser conceituada como ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. Assim, a expressão ‘ética pessoal’ é normalmente aplicada em referência aos princípios de conduta das pessoas em geral. No mesmo sentido, a expressão ‘ética profissional’ serve como indicativo do conjunto de normas que baliza a conduta dos integrantes de determinada profissão ou grupo de profissionais.

Administrar em parceria com o Estado é gerir os serviços públicos; significa não só prestar serviço, executá-lo, como também, dirigir, governar, exercer a vontade com o objetivo de obter um resultado útil. Administração Pública é todo o aparelhamento do Estado, preordenado à realização de seus serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas.

Para que isso se proceda de forma coerente e legal há que se fazer a moral presente, que se apresenta como sinônimo da ética e vem como forma de manter normas de comportamento e de condutas nessas relações.

Em um momento onde as demandas dos usuários são cada vez mais crescentes e os recursos do SUS, finitos, e sobretudo, onde nos deparamos corriqueiramente com escândalos envolvendo má gestão de recursos públicos, abordar a ética na presente proposta, é muito mais que um aspecto de incorporá-la à esse texto. Na verdade, é dizer, o IBGC se pautará em todas as ações de sua gestão no Hospital Estadual de Luziânia, pautado na estrita legalidade, moralidade, impessoalidade, moralidade, ética e todos os demais princípios e deveres que lhe são exigidos como parceiro da SES/GO.

MISSÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

Ser referência em procedimentos de alta complexidade, voltado principalmente para cirurgia geral, ortopédica e oncológica e de urgência e emergência, da Macrorregião Nordeste de Goiás ou outras regiões, conforme designação pelo Complexo Regulador do Estado de Goiás, tratando o usuário com qualidade assistencial, dignidade e humanidade.

VISÃO DE FUTURO

Ser referência regional em alta e média complexidade e na relação custo/paciente, tornando-se um padrão de excelência em atenção à saúde a custos racionais e um modelo passível de ser replicado no Estado de Goiás.

VALORES

- Atendimento humanizado conforme os preceitos do PNH do SUS;
- Transparência e ética na gestão do bem público;
- Gestão criteriosa dos impactos da atividade ambulatorial no ambiente;
- Contribuir para a evolução do ensino e pesquisa na área médica por meio da disponibilização de uma estrutura eficiente e moderna para docentes e discentes ;
- Priorizar a qualidade assistencial aos usuários do Hospital Estadual de Luziânia;
- Estimular e aferir permanentemente a resolubilidade no atendimento em saúde;
- Cooperar tecnicamente, mediante solicitação e/ou orientação da SES , com a rede de assistência à saúde no Estado de Goiás.
- Estimular permanentemente a evolução técnica e acadêmica de seus colaboradores, por meio de estímulos individuais ou coletivos, através de programas de intercâmbio com instituições de saúde de excelência, programas e através da educação permanente proposta neste projeto;

QUALIDADE ASSISTENCIAL AO USUÁRIO

PILAR 1: DO MODELO DE GESTÃO : RESOLUBILIDADE ASSISTENCIAL

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

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 feed back 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 (como já explicitado) 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
- Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos
- Medição frequente da Satisfação dos Usuários por meio de pesquisas ativas e passivas (questionários, caixas de sugestões/reclamações, ouvidoria etc.), e o imediato feed back para as áreas/colaboradores que necessitem melhorar o seu desempenho para o atingimento do nível de excelência na satisfação do usuário
- Ações proativas para antecipar/solucionar/mitigar descontentamentos dos usuários durante o atendimento na unidade (Ouvidoria, Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC disponível durante o horário comercial)



- 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 de 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 p o r m e i o de pesquisas ativas e passivas (questionários, caixas de sugestões/reclamações, ouvidoria etc.), e o imediato feed back para as áreas/colaboradores que necessitem melhorar o seu desempenho para o atingimento do nível de excelência na satisfação do usuário
- Ações proativas para antecipar/solucionar/mitigar descontentamentos dos usuários durante o atendimento na unidade (ouvidoria, Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU)
- 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 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 IBGC 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, 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 básica para atuar nos condicionantes da saúde e assim contribuir com a rede de serviços de saúde do Estado de Goiás para potencializar as ações para a melhoria da qualidade de vida da comunidade;
- 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 de Luziânia conforme estabelecido no termo de referência, no contrato de gestão e nos respectivos anexos do Chamamento Público Nº 004/2022;
- 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 de Luziânia 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.

Os componentes da atenção à saúde em Itumbiara iniciam-se com uma rede de atenção pré-hospitalar de entes fixos que constituem o primeiro nível de atenção em saúde, prestados por um conjunto de Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e equipes de Agentes Comunitários de Saúde.

Conforme diretrizes do Ministério da Saúde: "essas unidades deverão possuir uma adequada retaguarda para referência dos usuários, que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade, mediados pela central de regulação".

A unidade deverá preencher uma importante lacuna no atendimento de saúde à rede básica de atenção à saúde em Itumbiara e região, considerando as três linhas de serviço: consulta de atendimento médico

especializado, serviço de suporte diagnóstico e cirúrgico e pontos de atenção das linhas de cuidado definidas de acordo com a necessidade regional.

A unidade também terá papel relevante na Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, nos estágios de Graduação e Pós-Graduação, Especialização e Residência Médica.

Para seu adequado funcionamento técnico e administrativo o Hospital Estadual de Luziânia tem as suas estruturas físicas e lógicas, bem como os processos, interligados de forma que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final da prestação do serviço na Unidade.

É importante ressaltar que as ferramentas de gestão a serem utilizadas pelo IBGC 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.

Panorama Demográfico



Macrorregião Nordeste: 1.322.369 habitantes.

Composta por 31 municípios (Água Fria de Goiás, Alto Paraíso, Cabeceiras, Flores de Goiás, Formosa, Planaltina, São João D'Aliança, Vila Boa, Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás, Campos Belos, Cavalcante, Divinópolis de Goiás, Monte Alegre de Goiás, Teresina de Goiás, Alvorada do Norte, Buritinópolis, Damianópolis, Guarani de Goiás, Jaciara, Mambai, Nova Roma, Posse, São Domingos, Simolândia e Sítio D'Abadia).

Fonte: site da SES/GO

O Hospital Estadual de Luziânia pertence a Macrorregião Nordeste, é composta por 1.322.369 habitantes.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR/GO/2015 e dados de estimativa populacional do IBGE (2020), o município de Itumbiara possui uma população de 214 645 habitantes.

É com base nesses dados que o IBGC apresentará sua proposta de gerenciamento do Hospital Estadual de Luziânia.

OBJETIVOS DA PROPOSTA

OBJETIVO GERAL Gerenciar, por meio parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, o Hospital Estadual de Luziânia, assegurando a busca permanente pela excelência na assistência prestada aos usuários do SUS, com a aplicação de forma eficiente dos recursos financeiros repassados ao IBGC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1- Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na unidade, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com a gravidade do caso.

2-Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pela Central de Regulação Estadual.

3-Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes de natureza clínica realizando a investigação diagnóstica inicial, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou para nível ambulatorial ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso.

4- Integração dos Especialistas com a Atenção Básica.

5- Realizar consulta médica especializada em regime ambulatorial.

6-Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à Unidade.

7 - Prestar apoio diagnóstico, urgência e emergência 24 (vinte e quatro horas) horas por dia;

8- Realizar cirurgias de acordo com o perfil da unidade.

9-Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado às Rede de Assistência, a partir da complexidade clínica do usuário.

10-Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade da unidade.

11-Promover a formação continuada dos colaboradores da unidade para a melhoria dos processos de acolhimento e assistência, observando as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS.

12- Avaliar os processos de trabalho implantados e executados na unidade de forma periódica e constante, objetivando aperfeiçoar as ações e objetivos propostos neste Plano de Trabalho.

13- -Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários, utilizando as terapêuticas mais apropriadas e o seu gerenciamento para continuidade de atenção em rede, quando necessário.

METODOLOGIA DE TRABALHO

O IBGC 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 IBGC 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 IBGC 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 Município, para encaminhamento e recebimento de pacientes.

No nível tático, a articulação será feita com a participação de representantes da unidade nos foros de discussão e pactuação dentro do Município e das Regiões de Saúde, oportunidade em que poderá solicitar pautas e discutir propostas para uma melhor integração dos serviços ofertados na Rede.

INDICE	
I - ÁREA DE ATIVIDADE	PÁG
Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas externas e internas	01
Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	26
Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	58
Fluxo unidirecional de resíduos de saúde	87
Implantação de Logística de Suprimentos	115
Proposta para Regimento Interno da Unidade	143
Proposta para Regimento de Serviço de Enfermagem	187
Proposta para Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	196
Proposta para Regimento do Corpo Clínico	244
Proposta de manual de protocolos assistenciais	255
Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	Anexo I
Proposta de manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos	Anexo II
Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais	Anexo III
II – ÁREA DE QUALIDADE	PÁG
Comissão de Ética Médica	01
Comissão de Ética em Enfermagem	14
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	27
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	42
Comissão de Documentação Médica e Estatística	53
Comissão de Farmácia e Terapêutica	64
Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	80

Comitê Transfusional	90
Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	100
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	111
Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	123
Comissão Interna de Qualidade	145
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	154
Comissão de Verificação de Óbitos	166
Comissão de Residência Médica (COREME)	174
Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho	197
Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)	207
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	221
Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)	237
Comissão de Proteção Radiológica	244
Comissão de Biossegurança	251
Comissão de Padronização de Produtos para Saúde	260
Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele	280
Núcleo Interno de Regulação (NIR)	291
Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	304
Comitê de investigação do óbito materno e infantil	311
Comissão IntraHospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT	322
Comitê de Compliance	334
Outras Comissões	347
Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco.	363
Instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários	372
Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças,	380

adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente.	
Proposta de implantação de ouvidoria vinculada a SES, com pesquisa de satisfação.	392
III – QUALIDADE TÉCNICA	PÁG
Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos	Anexo Document os da Proponent e
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	Anexo Document os da Proponent e
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	Anexo Document os da Proponent e
Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular	--
Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International ou outras entidades e instituições Acreditoras reconhecidas obtidos na gestão da OSS	--
Apresentação de organograma da Unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	03
Titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da diretoria e coordenações (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto)	Anexo Document os da Proponent E
Experiência mínima de 1 ano da Diretoria que atuará na Unidade licitada (cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 ponto)	Anexo Document os da Proponent E
Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho.	19
Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e urgência	28
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 de pediatria	Anexo IV
Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos	Anexo VI
Apresentação de quadro de metas para a área médica (por especialidades)	70

R

observados, em especial as consultas em ambulatório, internações hospitalares e de terapia intensiva.	
Apresentação de quadro de pessoal técnico por área de atividade profissional (por especialidades), compatível com as atividades do plano de trabalho.	79
Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME, bloco cirúrgico, oncologia e de pediatria.	Anexo V
Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	82
Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.	89
Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	105
Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Unidade	117
Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares	139
Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial.	179
Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.	205
Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção	215
Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho	232
Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	242
Projetos táticos e operacionais a serem realizados a alcançar e definição das estratégias de implantação.	253
Proposta Financeira	Anexo VII

R

PROPOSTA TÉCNICA

**HOSPITAL
ESTADUAL DE
LUZIÂNIA**

ÁREA DE ATIVIDADE

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

R

Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas

A gestão eficiente do fluxo do paciente tornou-se um desafio para as instituições de saúde. Adaptar a relação entre capacidade e demanda é essencial para assegurar que os pacientes recebam o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa promovendo maiores níveis de segurança e satisfação.

No Hospital Estadual de Luziânia os usuários e seus acompanhantes poderão contar com fluxos que buscam permitir sua circulação de forma eficiente e ágil e garantindo-lhes um acolhimento de qualidade e digno.

Deve-se destacar que o fluxo destinado ao paciente e eventuais acompanhantes é restrito às áreas funcionais da unidade, de modo que não ocorra sua movimentação em locais destinados à empregados da unidade.

Segundo o instrumento convocatório nº 04 de 2022 – SES/GO o Hospital Estadual de Luziânia funciona em regime de 24 horas/dia e é caracterizado como Hospital Geral de Alta e Média Complexidade, como porta de Entrada (referenciada), conforme classificação de risco, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Nordeste de Goiás e demais Macrorregiões.

A RDC nº 50 – Resolução da Diretoria Colegiada, discrimina que as circulações externas e internas do Estabelecimentos Assistenciais à Saúde correspondem aos seus fluxos (acessos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, tudo isso em conformidade com a NBR-9050 da ABNT.

Deste modo é possível entender as áreas de circulação hospitalares em 03 principais dimensionamentos:

- A) Áreas restritas;
- B) Áreas internas;
- C) Áreas externas.

Ressalta-se o entendimento conceitual do que se trata cada uma:

A) Áreas restritas: Trata-se dos ambientes onde existe aumentado risco de infecção, locais onde se realizam procedimento de risco, havendo ou não pacientes, ou ainda, onde se encontram pacientes imunodeprimidos.

B) Áreas internas: são os ambientes gerais do Hospital Estadual de Luziânia que circulam todos os envolvidos, tanto os profissionais da unidade quanto pacientes, acompanhantes e visitantes, os fornecedores. Nesse cenário é importante fracionar e classificar os envolvidos nos fluxos do seguinte modo:

Pacientes internos: são contemplados pelos fluxos de pacientes em regime de observação/internação na própria unidade. Estando acompanhados por funcionários ou acompanhantes, buscando diagnóstico e terapia, acessam as diferentes unidades funcionais.

Pacientes externos: O paciente externo é aquela cuja entrada se dá pela recepção do Hospital Estadual de Luziânia. Nesse fluxo o profissional da recepção fará um primeiro atendimento, procedendo com a abertura ou confirmação do cadastro (caso já o possua na unidade) e posteriormente encaminha o paciente para o setor específico à sua demanda, via de regra, primeiramente considera-se a passagem dos pacientes pela triagem, salvo exceções.

Acompanhantes: fluxos contemplados por familiares ou amigos dos pacientes internos ou externos que acompanham o paciente durante sua permanência na unidade hospitalar, inclusive na fase de internação, quando se tratar de grupos mais vulneráveis como é o caso de crianças/adolescentes e idosos. A circulação destas pessoas na unidade, deve ser restrita às áreas funcionais.

Funcionários: São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, farmacêuticos, dietistas etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. Sua circulação deve se dar nas áreas em que atuam, salvo os casos de profissionais cuja atuação contemple todo o Hospital Estadual de Luziânia. Na maioria dos casos circulação de funcionários, principalmente a de profissionais da saúde (denominada circulação branca) se confunde com a circulação dos pacientes em regime de internação, não devendo se misturar, em princípio, com a circulação de pacientes externos.

Visitantes: É constituído por toda sorte de visitantes, que demandam a unidade hospitalar para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços – terceirizados etc. Os fluxos que contemplem esse público no Hospital

Estadual de Luziânia, primarão sempre pela observância de horários e cuidado com a segurança da unidade.

C) Áreas Externas: São as áreas que se destinam aos tipos de serviços a serem prestados, bem como a população usuária que demandam uso do estacionamento do Hospital Estadual de Luziânia. São eles:

- a) pacientes externos sendo transportado (paciente emergencial), aquele que chega ou parte de automóvel ou de ambulância;
- b) paciente interno: o paciente a ser internado na unidade.
- c) profissionais: aqueles que atuam na unidade e contarão com vaga exclusiva.
- d) entrega de insumos e materiais no Hospital Estadual de Luziânia.
- e) deslocamento de cadáveres.
- f) remoção de resíduos.

Sobre os elementos "d" à "e" 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 cirúrgico, medicamentos, equipamentos etc. Em algumas áreas do hospital 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.

Cadáveres: Os cuidados especiais tomados com a chamada "circulação do cadáver" devem-se, principalmente, pela necessidade de evitar o impacto psicológico que a passagem de um corpo pode provocar principalmente em pacientes e acompanhantes, já que se espera que esse transporte se dê de forma adequada, eliminando qualquer risco de contaminação aos usuários do Hospital Estadual de Luziânia. Assim, deve-se sempre proceder com as adequações físicas para que o trajeto do cadáver do local onde ocorreu o óbito até a anatomia patológica, morgue ou a área de preparo e dispensação do corpo, evite as internações, salas de espera, refeitórios e as circulações com grande presença de pacientes e acompanhantes.

R

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 de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos).

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).

a) 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.

b) 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 interfones.

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 Hospital Estadual de Luziânia

Assim por exemplo o Apoio ao Diagnóstico deve ocupar uma posição estratégica em relação as unidades de atendimento imediato, ambulatorial e de internação, garantindo lhes um fácil acesso aos meios de diagnóstico assim como a maior proximidade possível destes meios ao atendimento imediato (urgência e emergência).

Por sua vez a UTI deve estar o mais próximo possível tanto do setor do atendimento imediato como dos centros cirúrgicos. 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 centros cirúrgico, devido a quantidade de materiais que exigem esterilização para uso nestes centros.

Importante destacar a setORIZAÇÃO, haja vista que eventuais mudanças poderão, eventualmente, ser contempladas no Hospital Estadual de Luziânia, a 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, sobretudo tratando-se de uma unidade com grande estrutura, todavia construída há muitos anos de modo a não atender em sua plenitude as normas e regramentos atuais. O IBGC se compromete, com essa

proposta, à discutir junto à SES/GO todas as necessidades de adequações para a unidade, permitindo que seus fluxos sejam ideais, ou o mais próximo possível do ideal.

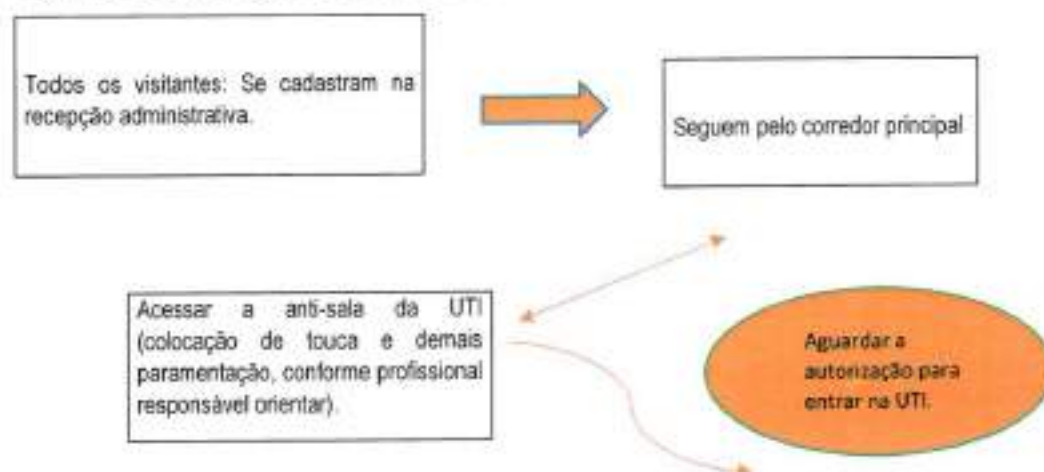
FLUXOS DE ÁREAS RESTRITIVAS:

A) Fluxo de acesso às UTI's (adulta e pediátrica) no Hospital Estadual de Luziânia:

Por profissionais: Os profissionais envolvidos no atendimento à Unidade de Terapia Intensiva no Hospital Estadual de Luziânia, seja ela pediátrica ou adulta, deverão realizar a troca de sua vestimenta no vestiário da unidade. Seguir pelo corredor principal, percorrer todo o corredor até a UTI.



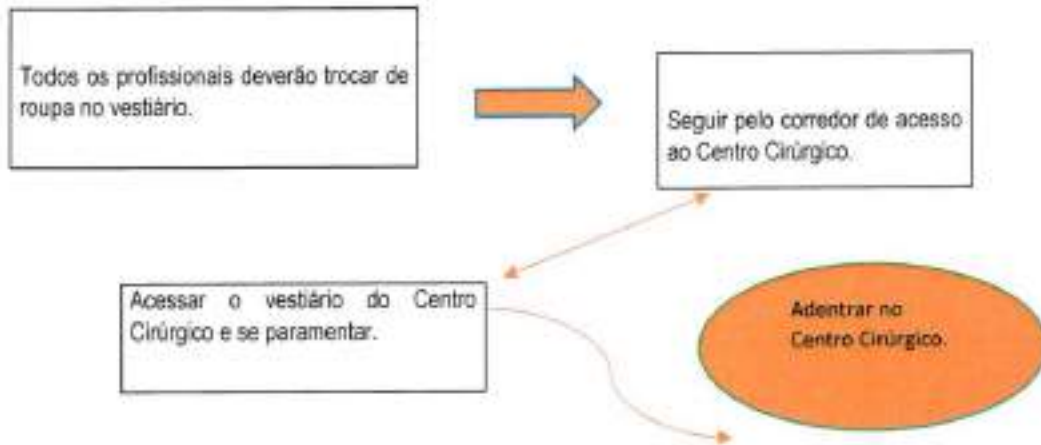
Por visitantes: Os visitantes deverão se cadastrar na recepção administrativa, seguir pelo corredor principal que leva à UTI, acessar a anti-sala da UTI se paramentar conforme orientação e aguardar a autorização de acesso ao setor.



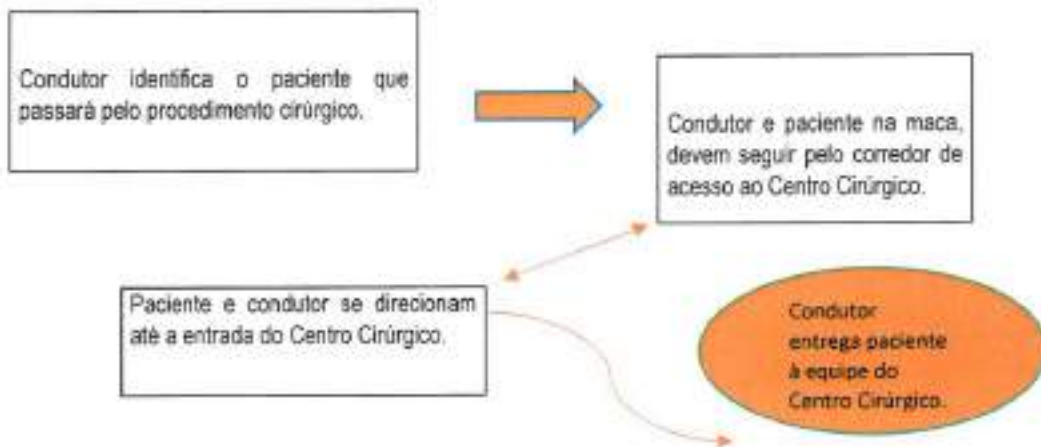
B) Centro Cirúrgico:

R

Por profissionais: Os profissionais deverão proceder com a troca de suas roupas no vestiário, seguir o corredor principal até o vestiário do Centro Cirúrgico para paramentação, se paramentarem e só então adentrarem o local.

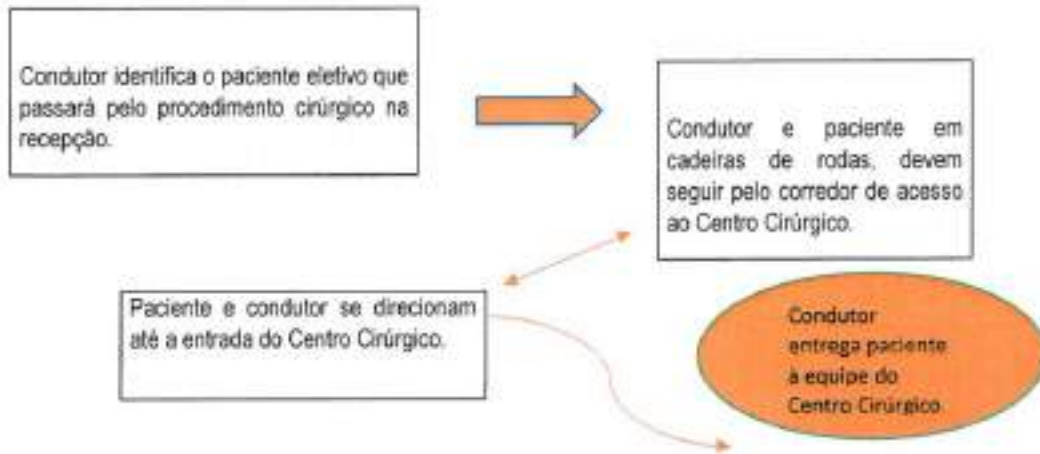


Por pacientes internados: maqueiro/condutor identifica o paciente que passará pelo procedimento cirúrgico. O condutor (em deslocamento) e o paciente (na maca) acessam o corredor que dá acesso ao centro cirúrgico. Paciente é entregue pelo condutor à equipe do centro cirúrgico.

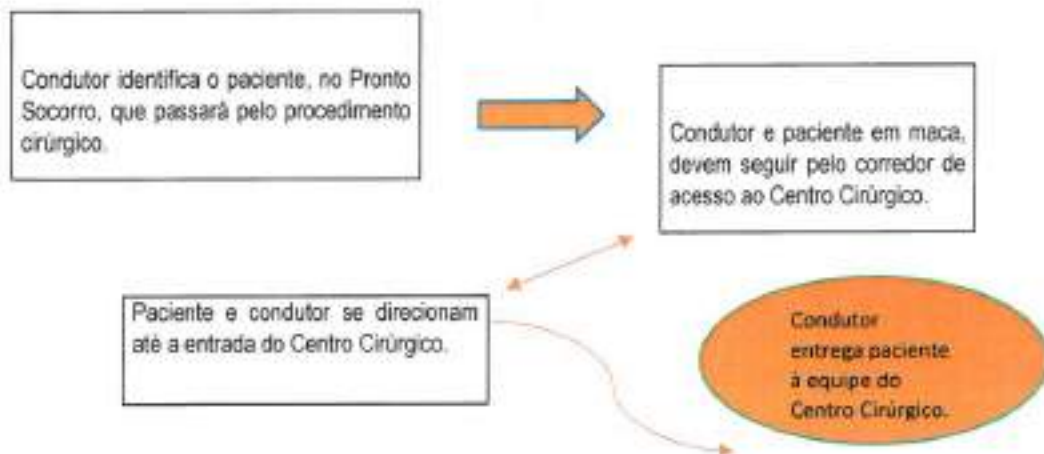


Por paciente eletivo: Condutor deverá identificar o paciente na recepção, condutor e paciente (em cadeiras de rodas) acessam o corredor principal e dirigem-se à entrada do Centro Cirúrgico. O paciente é entregue à equipe do Centro Cirúrgico.

R



Por paciente de emergência/urgência: condutor/maqueiro procede com identificação do paciente no setor de Pronto Socorro, condutor e paciente em maca acessam o corredor que dá acesso ao Centro Cirúrgico. Condutor entrega o paciente aos cuidados da equipe do Centro Cirúrgico.



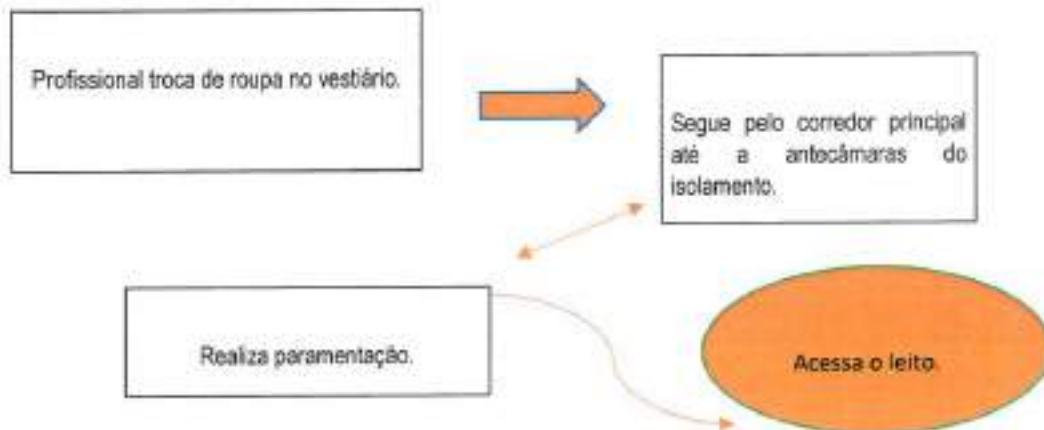
C) Central de Materiais Esterilizados:

Por profissionais: Todos os profissionais deverão proceder com a troca de roupa no vestiário da unidade, seguir pelo corredor principal até às antecâmaras do CME para paramentação. Acessar o CME.



D) Isolamentos:

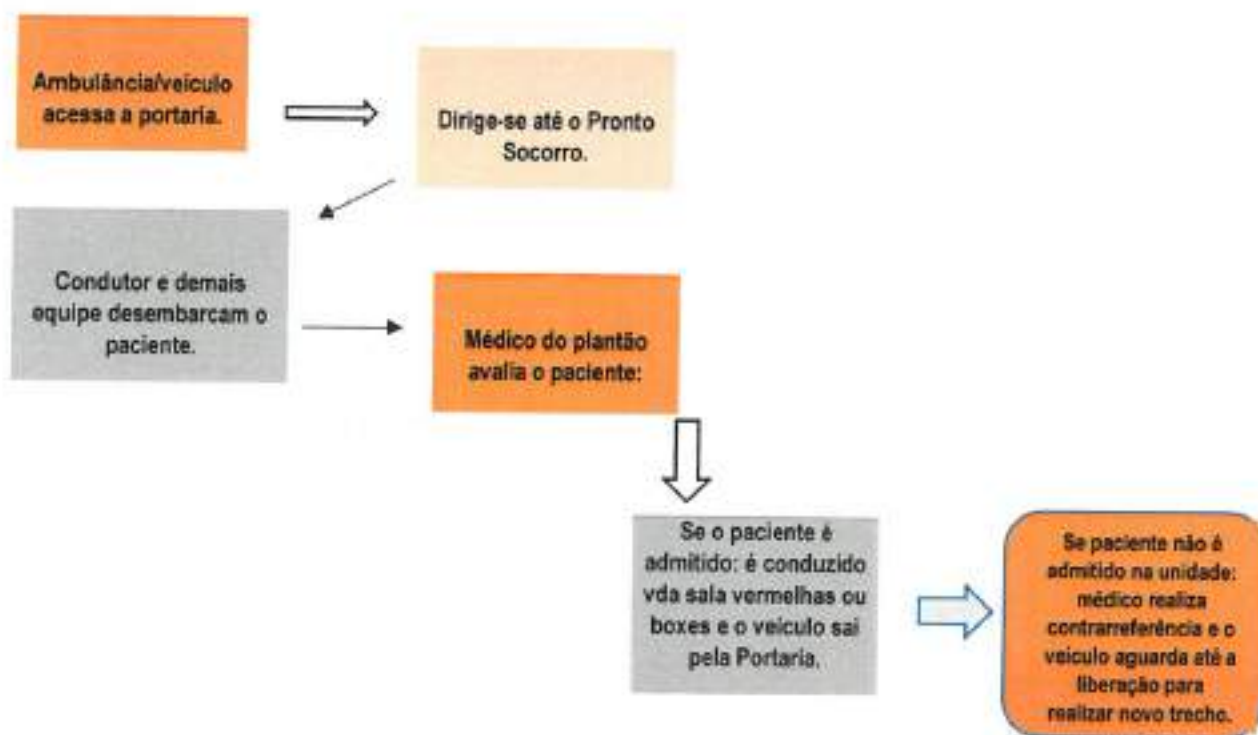
Por profissionais: O profissional realiza a troca de vestimenta no vestiário, segue pelo corredor principal até as antecâmaras dos leitos de isolamento para paramentação. O profissional segue para o respectivo leito.



R

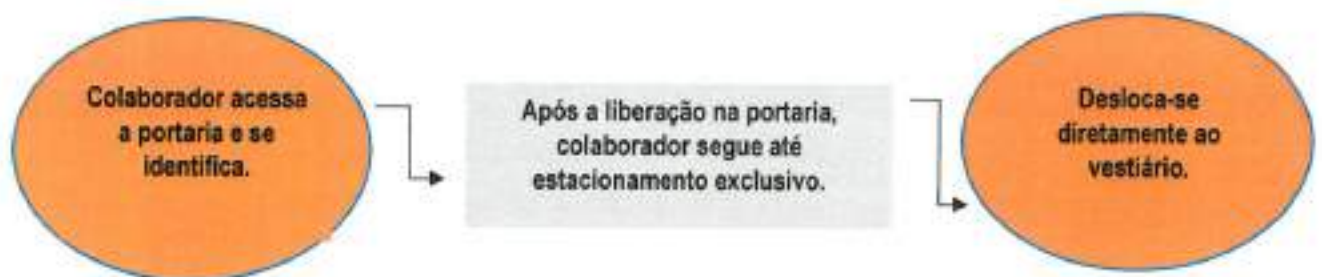
FLUXOS DE ÁREAS EXTERNAS

Portaria Pronto Socorro: Os condutores das ambulâncias/automóveis procedem com a sua identificação e em seguida dirigem-se até a entrada do Pronto Socorro e procede com o desembarque do paciente. O médico do plantão avalia o paciente, e se admitido na unidade, o mesmo é conduzido aos boxes ou sala vermelha e o veículo sai pela portaria. Não sendo admitido o paciente, o médico do plantão faz sua contrarreferência. O veículo/ambulância aguarda nas vagas exclusivas do estacionamento, até que seja liberado para o novo trecho; a ambulância sai pela portaria.



Portaria Administrativa: Local de acesso a todos os colaboradores da unidade. Todos os colaboradores acessam a unidade pela portaria e se identificam. Após serem liberados seguem com o veículo até o estacionamento exclusivo para funcionários. Em caso de o colaborador utilizar outro meio de deslocamento, que não o carro próprio, após passar pela portaria e proceder com sua identificação deverá seguir até o vestiário geral.

R



Acesso Comercial (fornecedores e comerciantes), acompanhantes e visitantes: Todos os acompanhantes, visitantes, comerciantes e fornecedores do Hospital Estadual de Luziânia acessam a Portaria para sua identificação e após serem liberados caminharão até a recepção administrativa para realizar seu cadastro e ficam no aguardo de liberação para acessar às áreas internas.



Acesso a Palestrantes e Participantes (sala de reunião): palestrantes e participantes acessam a Portaria identificam-se, aguardam a liberação, após serem liberados dirigem-se ao estacionamento administrativo. Estaciona o veículo e caminha até a entrada para a reunião e segue pelo corredor principal, se dirigindo à sala localizada no bloco administrativo. No fim do evento/reunião sai pela portaria.



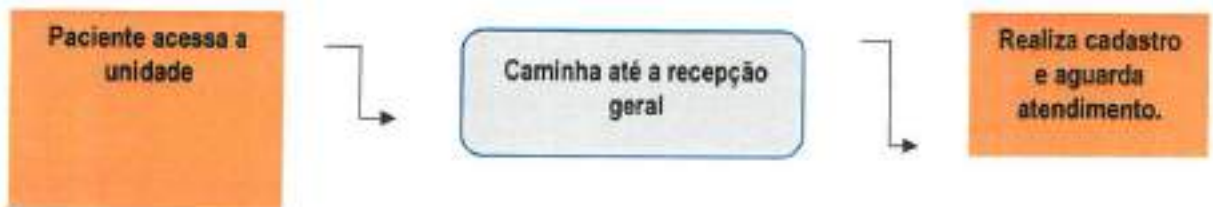
Atendimento Ambulatorial:

Acesso à ambulatório (consultas e retornos): Paciente caminha até a recepção ambulatorial para cadastro. Retira sua senha e aguarda atendimento.



Acesso para Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT): Paciente acessa a unidade, caminha até a recepção geral para cadastro, retira sua senha e aguarda atendimento.

R



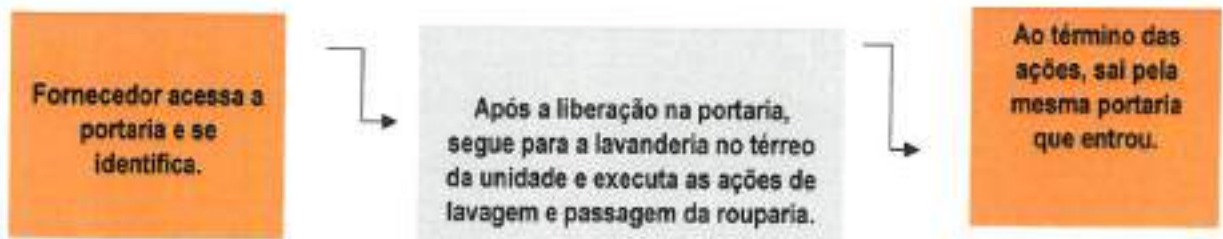
Acesso para procedimentos de doação de órgãos : Veículo oficial acessa a Portaria Administrativa. Se identifica. Estaciona. Se dirige à recepção administrativa. Aguarda liberação para acessar as áreas internas.



Acesso de fornecedores (com carga e mercadorias) (Almoxarifado/CAF): Fornecedor acessa a portaria de serviços e se identifica. Após liberação, segue pela via até a área de carga/descarga. Aguarda autorização para desembarque, após a entrega, sai pela mesma portaria que entrou.



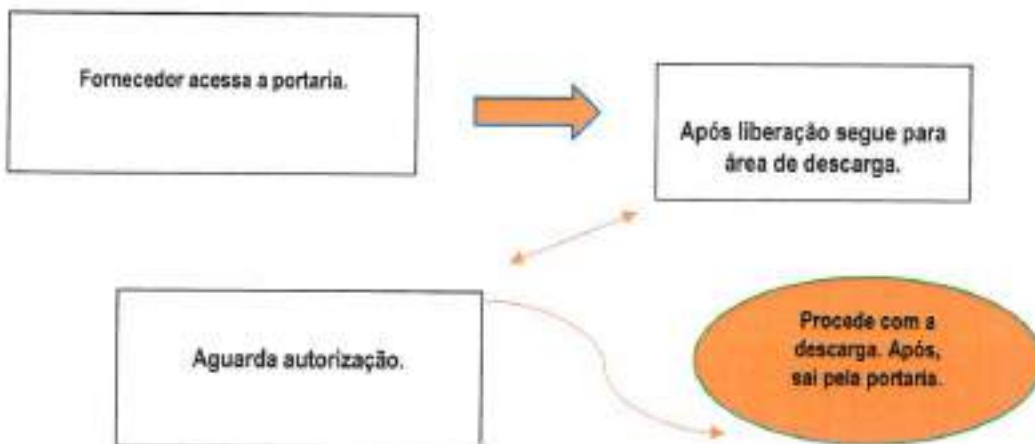
Acesso à lavanderia: Fornecedor acessa a portaria e se identifica. Após liberação se direciona a lavanderia da unidade localizada no térreo da unidade, onde executa todas as ações de lavagem e passagem da roupa na própria unidade. Ao término, sai da unidade pela mesma portaria, qual seja, de serviços.



Acesso às docas de nutrição: Fornecedor acessa a portaria e se identifica. Após ser liberado, segue até pela via até a área de carga/descarga e aguarda autorização para entrega no térreo. Após, sai pela mesma portaria que entrou.

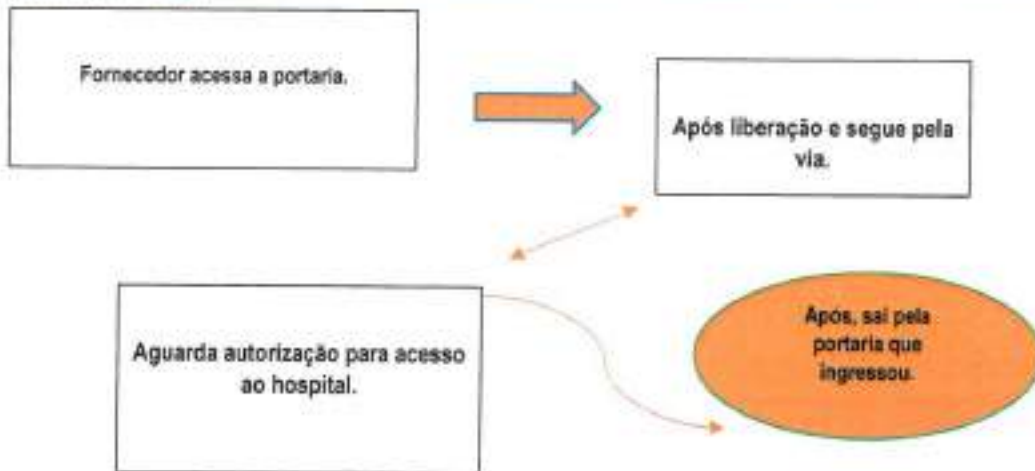


Acesso aos gases medicinais e GLP: Fornecedores acessam a portaria e se identificam. Após liberação, segue pela via até os tanques para abastecimento. Aguarda autorização para entrega. Retorna pela mesma via até saída a portaria.

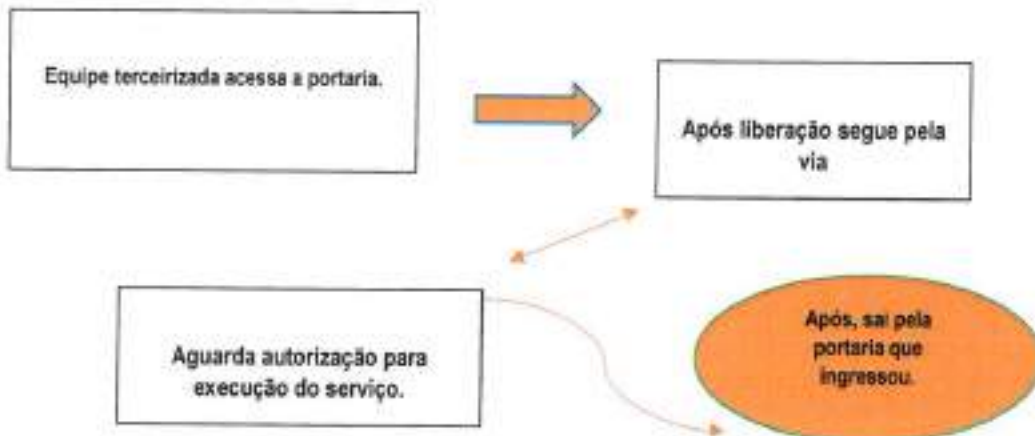


Acesso para prestação de serviços de manutenção terceirizada: Fornecedores acessam a portaria e se identificam, após liberação seguem pela mesma via e aguardam autorização de acesso ao hospital; retornam pela mesma via até a saída pela mesma portaria.





Acesso à caldeira, grupo gerador e subestação de energia: equipes terceirizadas acessam a portaria e se identificam. Após ocorrer a sua liberação, seguem pela via e aguardam autorização para executarem o serviço. Após, retornam pela mesma via até a portaria.



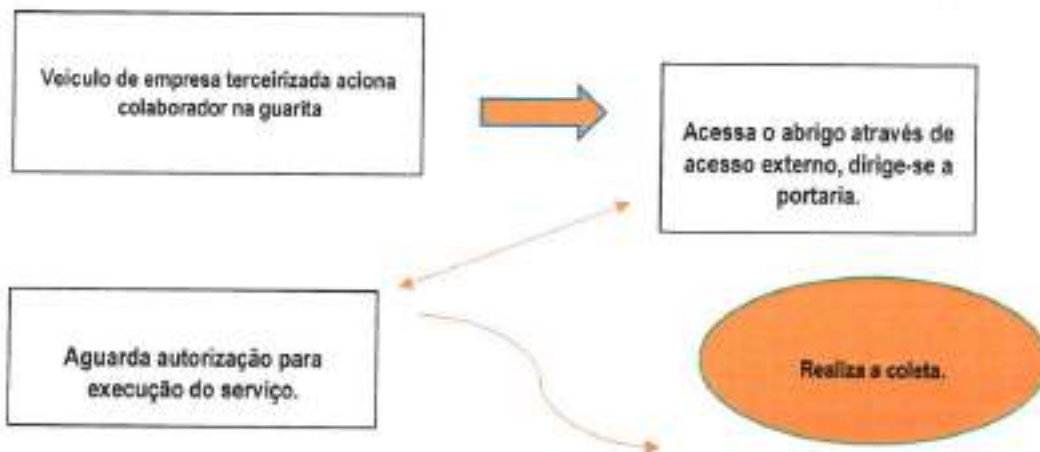
R

FLUXO DE RESÍDUOS (ACESSO LIVRE):

Coleta Pública de resíduos: Veículo da coleta pública acessa o abrigo pela Avenida Alfredo Nasser, e realiza a coleta.



Coleta Seletiva de resíduos: Acesso para coleta de recicláveis e resíduos infectantes. Veículo da coleta acessa o abrigo, aguarda na Avenida Alfredo Nasser, aciona colaborador na guarita, se identifica, aguarda a autorização para realização da coleta e após retorna pela mesma portaria que ingressou.



[Handwritten signature]

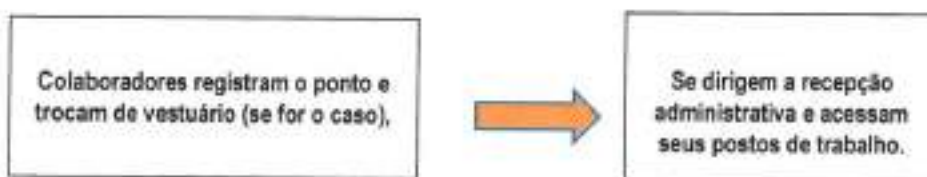
FLUXOS DE ÁREAS INTERNAS:

Auditório/sala de Reunião:

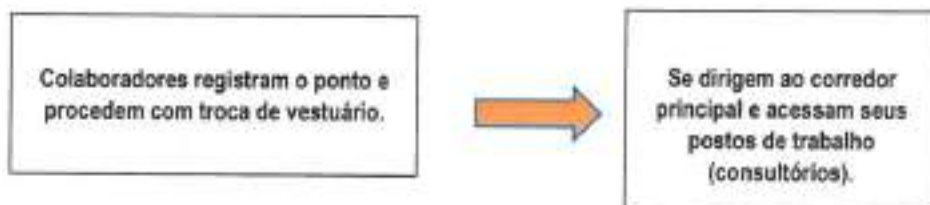
Fluxo do público em geral e de palestrantes/participantes: acesso pela recepção administrativa, após cadastro, dirigem-se ao auditório/sala de reunião para se acomodarem ou proceder com a apresentação (palestrantes). Após o término do evento, retorna pela recepção administrativa.



Colaboradores administrativos: Após o registro do ponto e eventual troca de vestuário (quando for o caso) os colaboradores acessam a recepção administrativa.



Acesso dos colaboradores aos consultórios: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal com destino ao ambulatório.



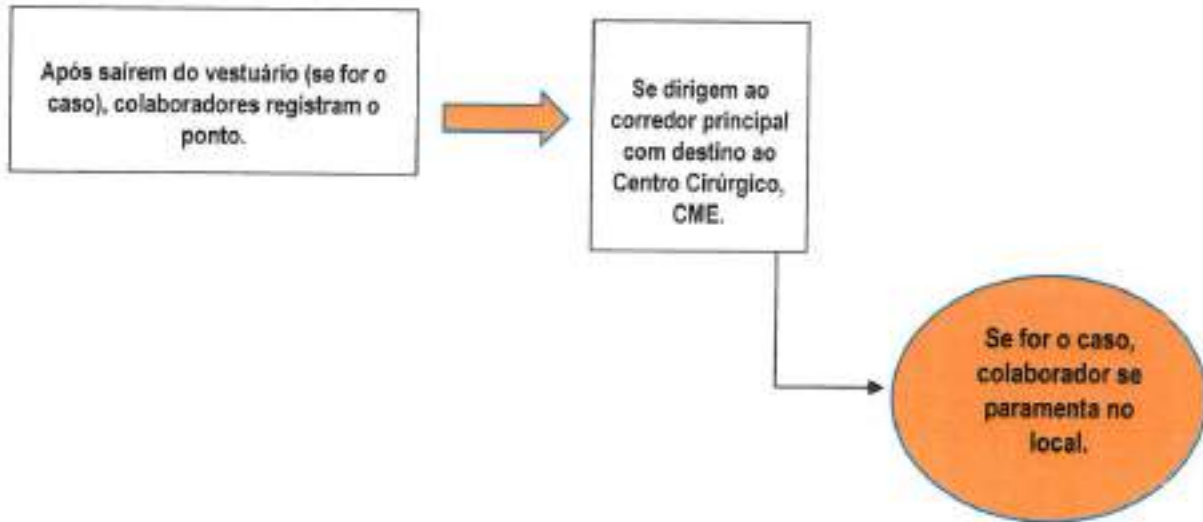
Acesso dos colaboradores ao Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal com destino ao SADT.



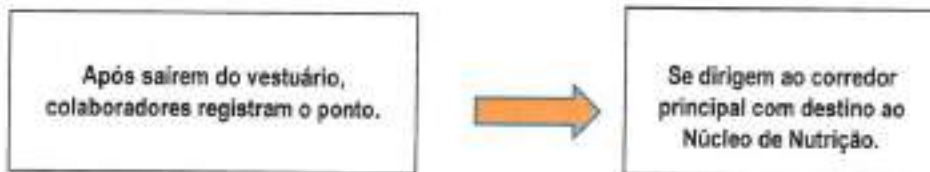
Acesso dos colaboradores ao Pronto Socorro: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Pronto Socorro.



Acesso dos colaboradores ao Centro Cirúrgico, CME e leitos de internação: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal e seguem ao destino final. Se for Centro Cirúrgico e CME (térreo), caso seja leitos de internação nos andares superiores, seguem pelo corredor e acessam o destino.



Acesso dos colaboradores ao Núcleo de Nutrição: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal até o destino.

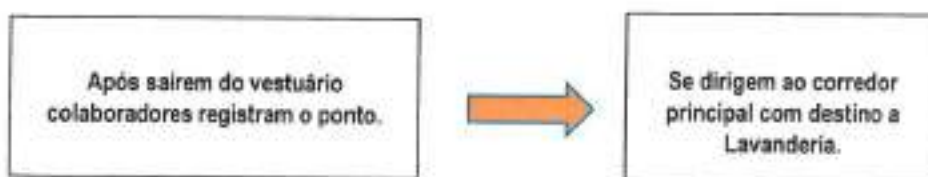


Acesso dos colaboradores à Farmácia: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal até o destino.

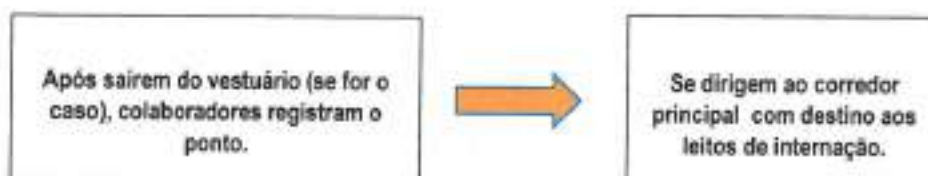
R



Acesso dos colaboradores à Lavanderia: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal até o destino final na lavanderia, localizada próxima à farmácia.



Acesso dos colaboradores aos Leitos de Internação: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal até os leitos.



Pacientes Internos e Acompanhantes (quando houver):

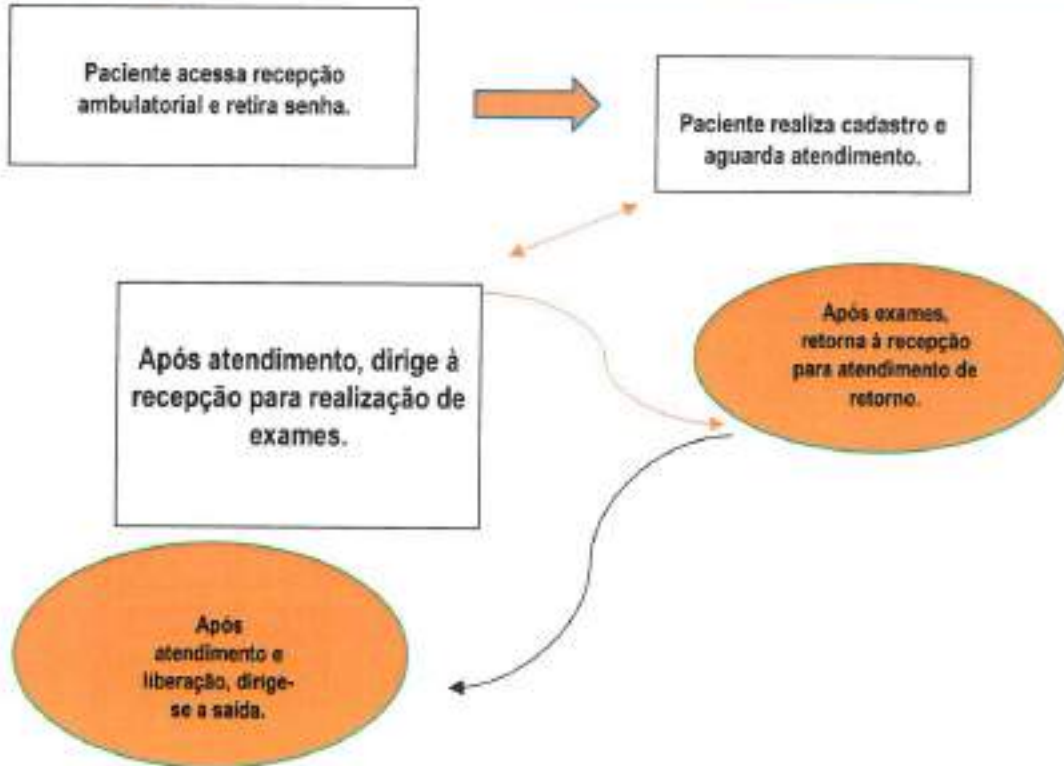
Fluxo de acesso ao SADT: Condutor identifica paciente para realização de SADT, condutor e paciente em maca acessam o corredor até o destino. Após a realização do exame condutor e paciente retornam pelo mesmo percurso.

R

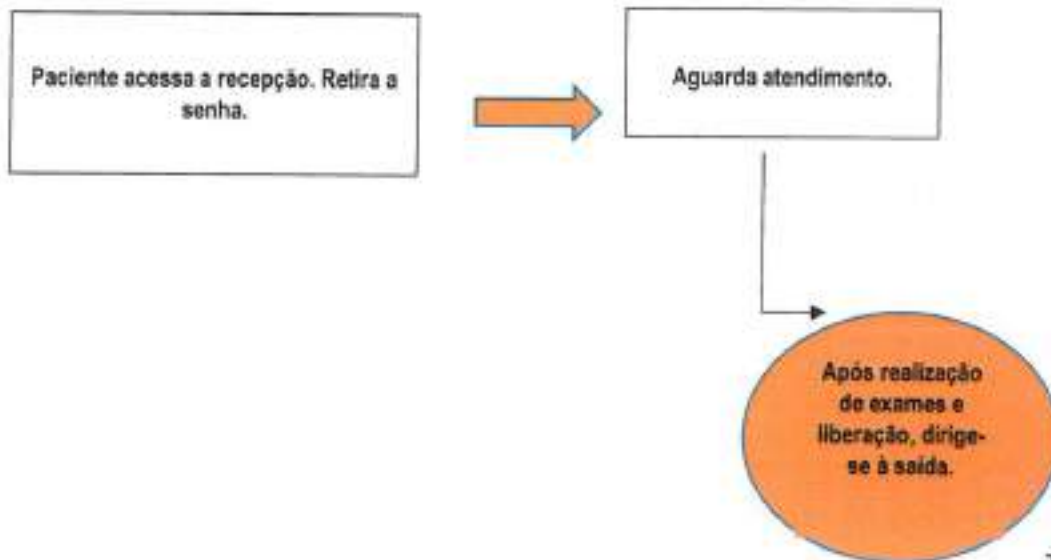


Paciente Externo:

Serviço ambulatorial: paciente acessa a recepção geral, retira a senha e aguarda a chamada. Após a chamada da senha, realiza cadastro e aguarda atendimento em consultório, após atendimento em consultório, dirige à recepção para realização de exames, aguarda chamado para realização, após atendimento retorna à recepção e aguarda para retorno em consultório. Após atendimento e liberação, dirige-se à saída.



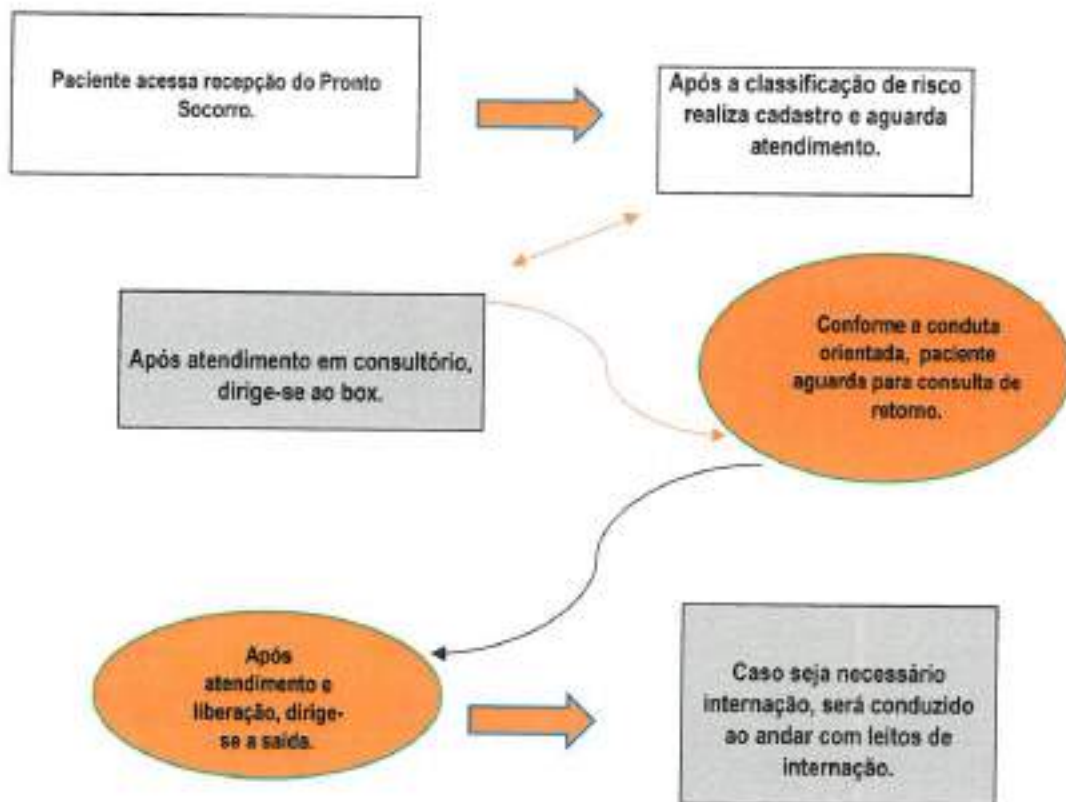
Acesso ao SADT por pacientes externos: paciente acessa a recepção, retira a senha e aguarda chamada; após senha chamada, realiza cadastro e aguarda atendimento. Após atendimento e liberação, dirige-se a saída.



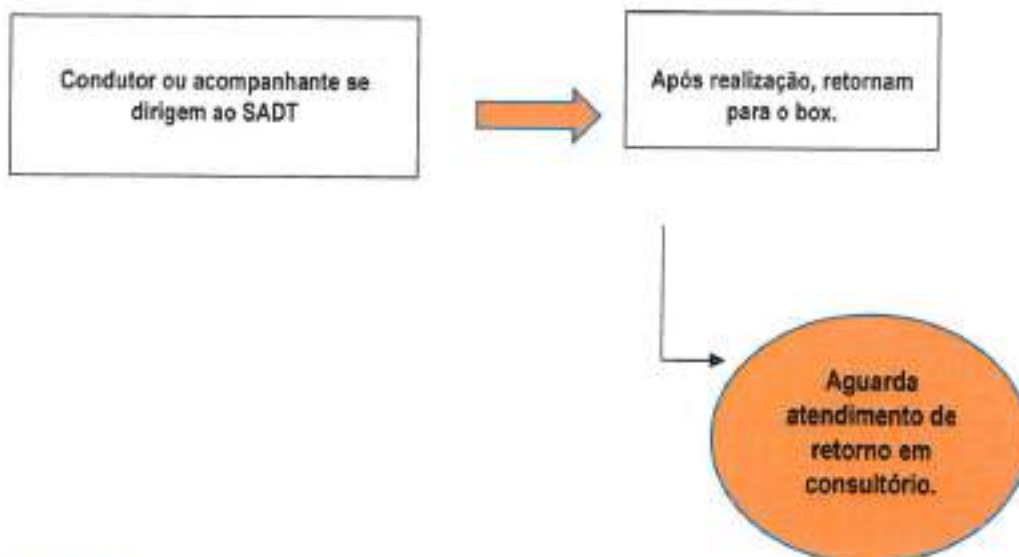
R

Pronto Socorro:

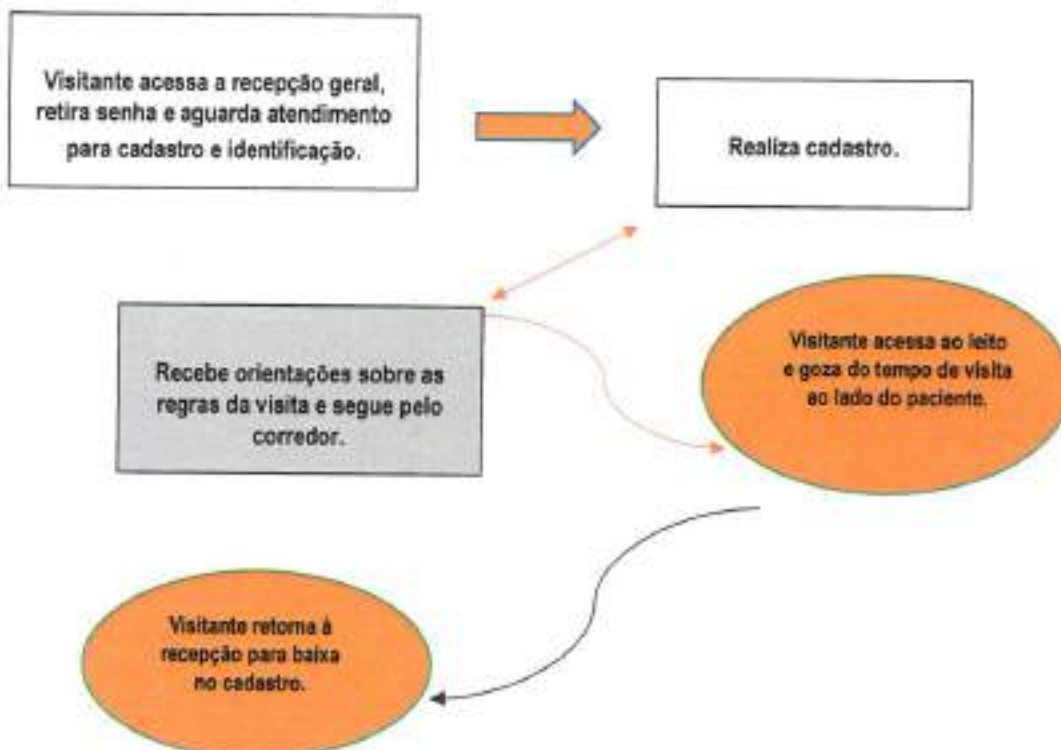
Fluxo de acesso aos consultórios: Paciente acessa a recepção do Pronto Socorro, retira senha e aguarda classificação de risco. Após classificação de risco, realiza cadastro e aguarda atendimento em consultório. Após chamada em consultório e atendimento, dirige-se ao box para procedimento, após procedimento aguarda para retornar ao consultório, após atendimento e alta, dirige-se a saída. Caso seja necessário internação, será conduzido aos leitos de internação.



Fluxo de acesso ao SADT: Condutor ou acompanhante dirigem-se ao SADT, após realização, condutor ou acompanhante e paciente retornam para o Box e aguarda atendimento de retorno ao consultório.



Visitantes: Fluxo de acesso aos leitos de internação: visitante acessa a recepção geral retira senha e aguarda atendimento para cadastro e identificação. Após ser atendido e receber orientações das regras das visitas, será conduzido aos leitos de internação através do corredor até o destino. Após o encerramento do horário de visita, visitante retorna à recepção para dar baixa no seu cadastro. Após, dirige-se à saída.



R

FLUXO PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E 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 Hospital Estadual de Luziânia, enquanto entidade ligada diretamente à saúde e ao bem-estar social, precisa atentar ao gerenciamento adequado de seus repertórios informacionais. Num hospital público, como o Hospital Estadual de Luziânia, 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 hospitalar 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 hospitalares, contribuindo não só para o gerenciamento dos dados informacionais, mas também na própria administração do hospital.

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:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

R

II - 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;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade [...].

Nesse sentido, um efetivo sistema de informação nas instituições hospitalares 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:

I - à análise:

a) do contexto normativo referente ao SUS;

b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;

c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;

d) **de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;**

e) de indicadores de morbi-mortalidade;

f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;

g) da conformidade dos procedimentos **dos cadastros** e das centrais de internação;

h) do desempenho da rede de serviços de saúde;

i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;

j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas;

I) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;

II - à verificação:

a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais,

b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;

III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo [...].

[grifos desta proponente].

Evidente assim, que a aplicação da gestão de documentos no Hospital Estadual de Luziânia, 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 Hospital Estadual de Luziânia.

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 de Luziânia

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

Sistema de Recebimento de Documentos Internos/Externos		
ORDEM	AÇÃO/DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE A SER EXECUTADA	RESPONSÁVEL
01	Recebimento de documentos externos cotidianamente e procedimento de	Agente/auxiliar administrativo

	protocolização (carimbo com data e nome) na primeira folha (frente). Devolução da primeira via ao portador.	
02	Conferência documental e cadastro no sistema de gestão de processos e documentos e encaminhamento aos setores de destino.	Agente/auxiliar administrativo
03	Recebimento e encaminhamento das correspondências aos dirigentes do Hospital Estadual de Luziânia. Redirecionamento dos documentos despachados, via sistema de gestão de processos.	Secretária Executiva
04	Acompanhamento dos prazos estabelecidos nos documentos, reivindicando aos setores responsáveis a minuta para resposta formal	Secretária Executiva
Abertura, Encaminhamento e Arquivamento Processual		
01	Cadastro de processo de compras, contratação de pessoal no sistema de gestão de processos e documentos.	Agente/auxiliar administrativo
02	Conferir a documentação e cadastrar no Sistema de gestão de processos e documentos e encaminhar aos setores de destino.	Agente/auxiliar administrativo
03	Acompanhar os prazos estabelecidos nos documentos, exigindo dos setores responsáveis a minuta para resposta formal.	Agente/auxiliar administrativo

2

**FLUXOS DOCUMENTAIS EM SETORES DO HOSPITAL ESTADUAL DE
LUZIÂNIA:**

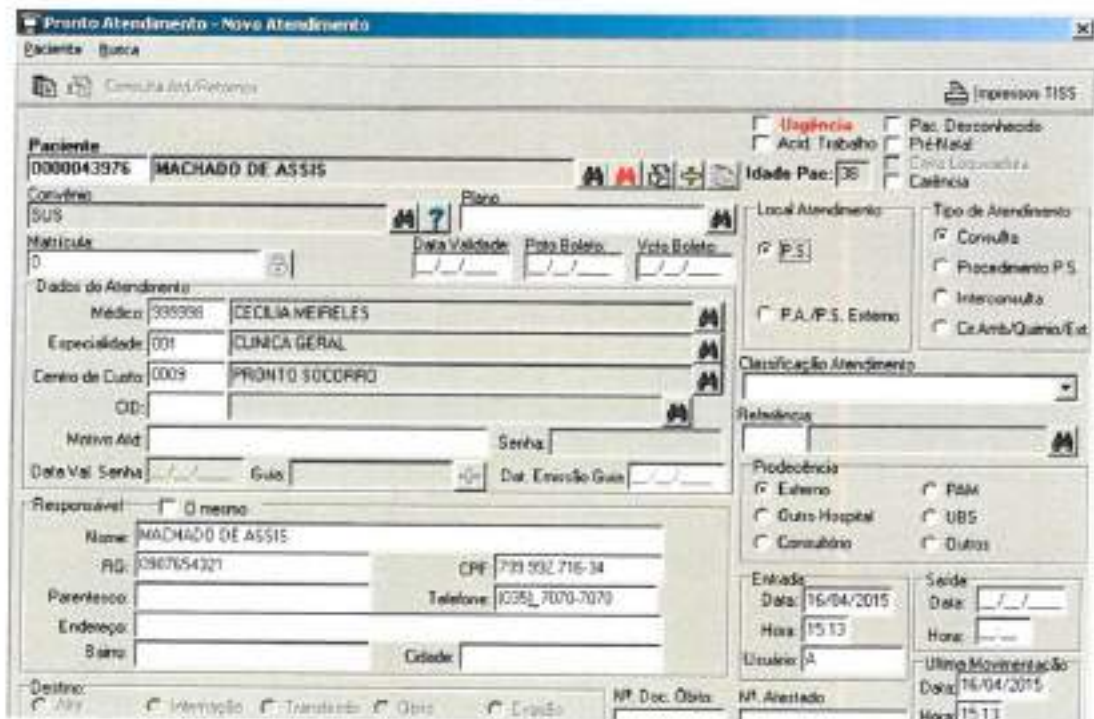


Pronto Socorro: 1) Paciente adentra no Pronto Socorro pela chamada Demanda Espontânea (procura espontânea de atendimento hospitalar).

2) Paciente retira a senha no totem para atendimento de urgência/emergência e fica aguardando na recepção até que seja chamado pela triagem (setor de Classificação de Risco).

3) Enfermeira classifica o paciente e realiza registro de classificação em forma eletrônica ou impressa (sinais vitais, classificação de risco, etc).

4) Consultório: médico recebe o registro do paciente (meio físico ou eletrônico), com informações preenchidas pelo Setor de Classificação de Risco e realiza a anamnese do paciente, registrando a informação/solicitação (eletrônico/impresso).



Pronto Atendimento - Novo Atendimento

Paciente: 000043976 MACHADO DE ASSIS, Idade Pac: 36

Convênio: SUS, Plano: 47

Médico: 335336 DECLIA NEIRELES, Especialidade: 001 CLINICA GERAL, Centro de Custo: 0009 PRONTO SOCORRO

Motivo Aid: Serha

Responsável: O mesmo, Nome: MACHADO DE ASSIS, RG: 0867654321, CPF: 739.932.716-34

Entrada: Data: 16/04/2015, Hora: 15:13

Última Movimentação: Data: 16/04/2015, Hora: 15:13

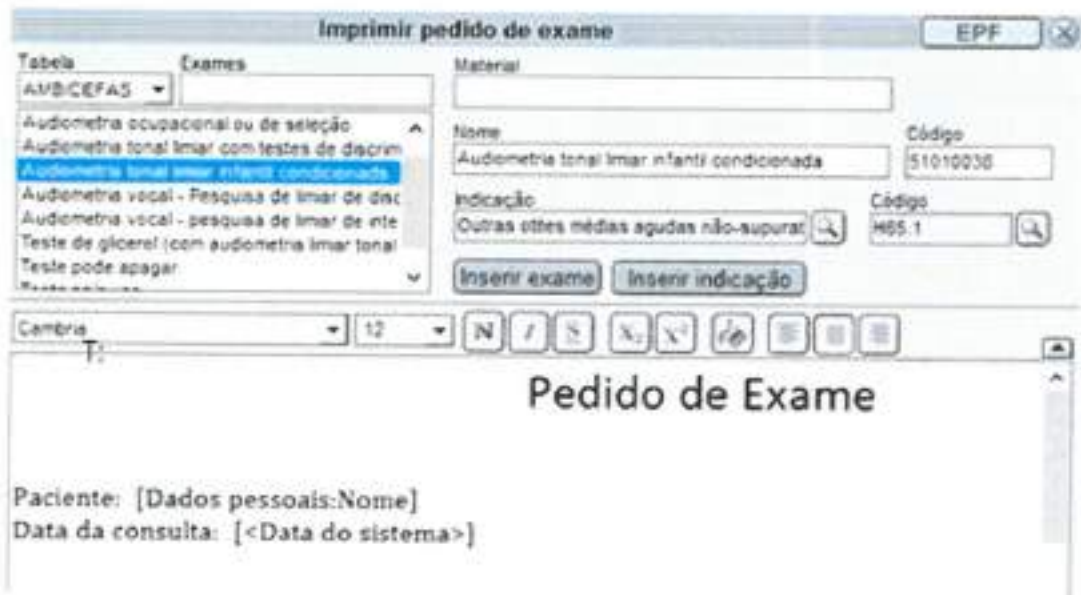
5) Após a avaliação médica a informação é encaminhada para o serviço de atendimento de enfermagem para providências da equipe. O paciente receberá a medicação conforme a prescrição médica ou a equipe procederá com outra conduta conforme determinada pelo médico em "prescrição médica".

Identificação: Sumário do Atendimento | Anamnese/Exame Físico | Sinais Vitais | Anamnese/Formulários Especiais | Recolhidas | Evolução | **Prescrição Médica**

6) Caso na aba prescrição, além de orientações medicamentosas, haja a prescrição de exames (laboratoriais, imagem ou ECG), a informação será direcionada ao SADT para providências. Após a realização dos exames, a equipe do SADT lança a informação, registrando os resultados, no meio eletrônico/impresso e encaminha a informação para o consultório médico e o paciente é orientado/conduzido à retornar ao consultório.

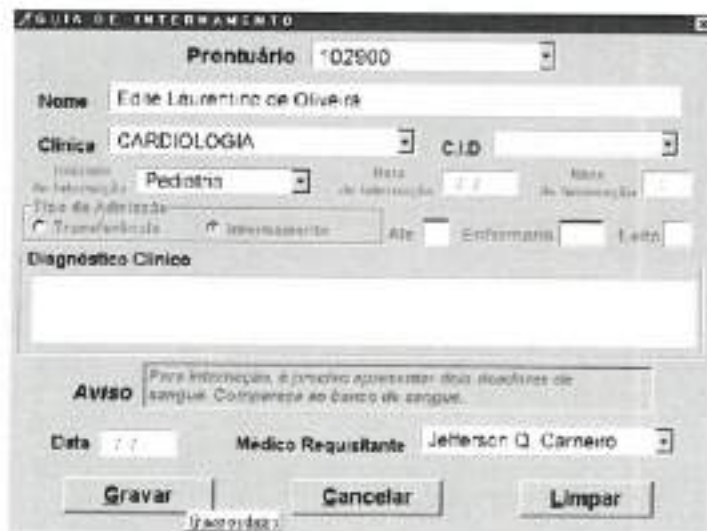
R

7) No consultório o médico solicitante acessará as informações eletrônicas/impresas e procederá com a conduta médica de: conceder alta, proceder com internação do paciente ou requerer sua transferência da unidade (via regulação).



The screenshot shows a software window titled "Imprimir pedido de exame" with a close button labeled "EPF". It features a table with columns for "Tabela", "Exames", and "Material". The "Exames" column lists various audiological tests, with "Audiometria tonal limar infantil condicionada" selected. The "Material" column shows "Audiometria tonal limar infantil condicionada" with code "51010030". Below the table, there are fields for "Indicação" (with "Outras otites médias agudas não-supurat" entered) and code "M85.1". Buttons for "Inserir exame" and "Inserir indicação" are present. At the bottom, there are fields for "Cambria" (set to 12) and a toolbar with navigation icons. The main content area is titled "Pedido de Exame" and contains placeholder text: "Paciente: [Dados pessoais:Nome]" and "Data da consulta: [<Data do sistema>]".

Tela 2



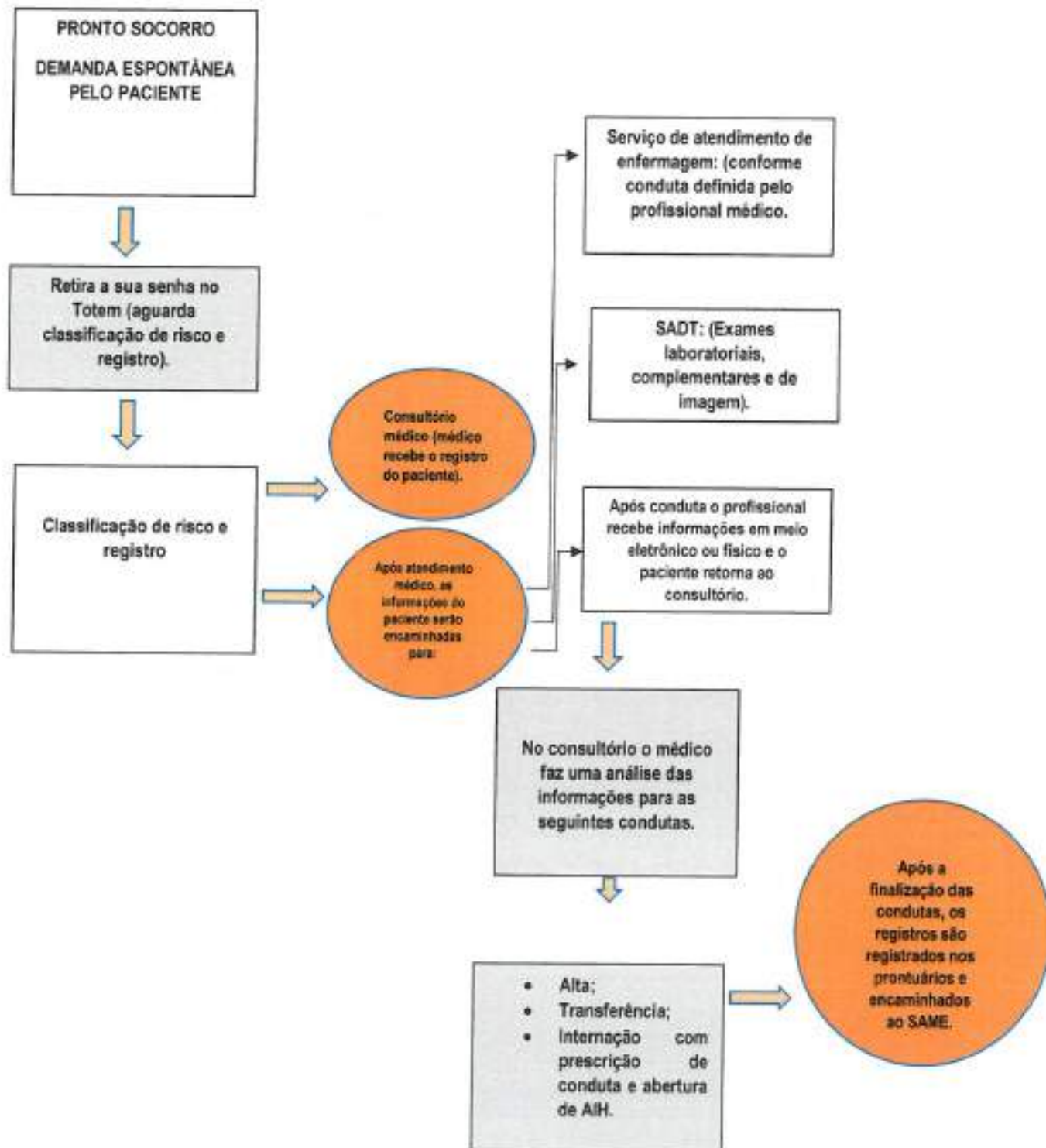
The screenshot shows a software window titled "GUIA DE INTERNAMENTO". It contains a form with the following fields: "Prenúncio" (102900), "Nome" (Edle Laurentino de Oliveira), "Clínica" (CARDIOLOGIA), and "C.I.D.". There are also fields for "Tipo de Internação" (Pedotria), "Data de Internação" (1/1), and "Data de Término" (1/1). Below these are checkboxes for "Transferência", "Internamento", "Alta", "Enfermagem", and "Leito". A "Diagnóstico Clínico" field is empty. At the bottom, there is a "AVISO" box with text: "Para internação, é preciso apresentar dois exames de sangue. Completar ao lado de sangue." Below the notice are fields for "Data" (1/1) and "Médico Requisitante" (Jefferson Q. Carneiro). Buttons for "Gravar", "Cancelar", and "Limpar" are at the bottom, along with a "(ajuda)" link.

Tela de alta ou transferência:

40001 - EM PRONTO SOCORRO, Horário: 18:00
<input type="checkbox"/> Hemocomponentes
<input type="checkbox"/> Solicitação de Exames
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, programado, realizar 25/04/2017 18:30
<input type="checkbox"/> Solicitação de Parecer
<input type="checkbox"/> Alta/Transferência
Alta Hospitalar a partir das 20:00

APÓS TODO O TRÂMITE DE INFORMAÇÃO ACIMA EXPOSTO, O REGISTRO DAS INFORMAÇÕES LANÇADAS EM PRONTUÁRIO É DIRECIONADO AO SAME (SERVIÇO DE ARQUIVAMENTO MÉDICO E ESTATÍSTICO)

FLUXOGRAMA:



FLUXOS DA ENFERMARIA E INTERNAÇÃO DE PACIENTES:

1) Internação do paciente na enfermaria do Hospital Estadual de Luziânia: o profissional médico procederá com o preenchimento da AIH (eletrônica ou impressa), com todas as informações que forem necessárias para a vaga solicitada;

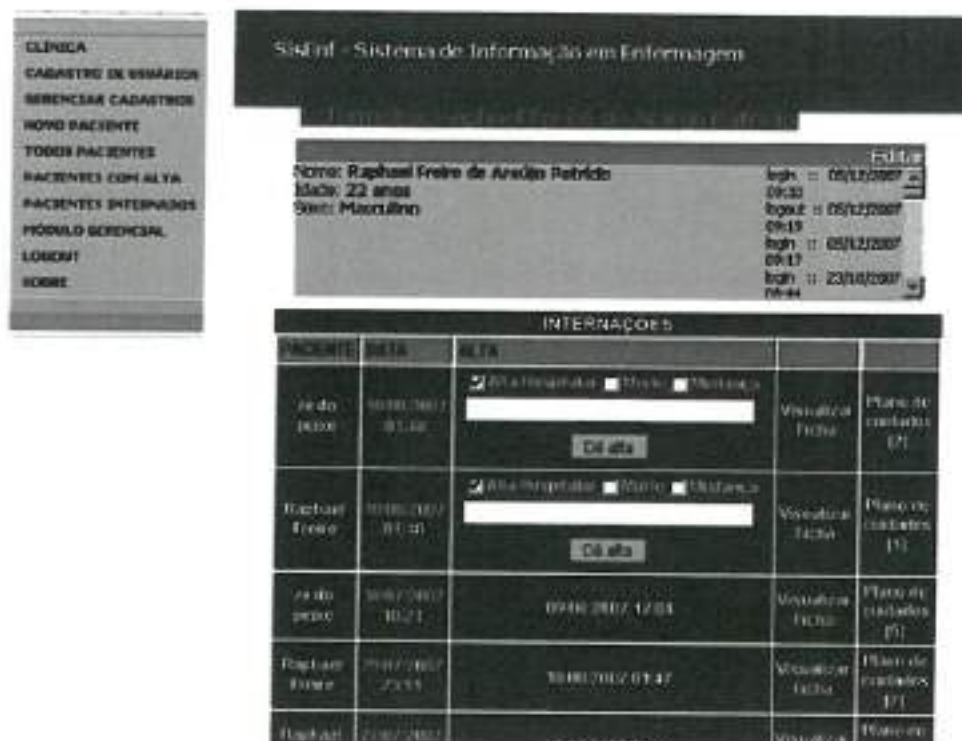
2) O setor NIR (Núcleo Interno de Regulação) acessará as informações registradas pelo médico (eletrônicas ou impressas), fará a verificação de disponibilidade de leito e registrará a internação do paciente;



The screenshot shows a web-based registration form for the Hospital Estadual de Luziânia. The form is titled "Registro de Internações" and includes various fields for patient information, including name, date of birth, gender, address, and contact details. The patient's name is "MARGARETH ANN AUSTEN" and the date of birth is "12/12/1980". The form also includes fields for the patient's insurance status (SUS) and the hospital's internal code (IBGE).

R

3) Após registro, o prontuário eletrônico/ impresso é encaminhado à Internação (setor do Hospital Estadual de Luziânia), onde serão realizados todos os registros necessários pela equipe interdisciplinar.



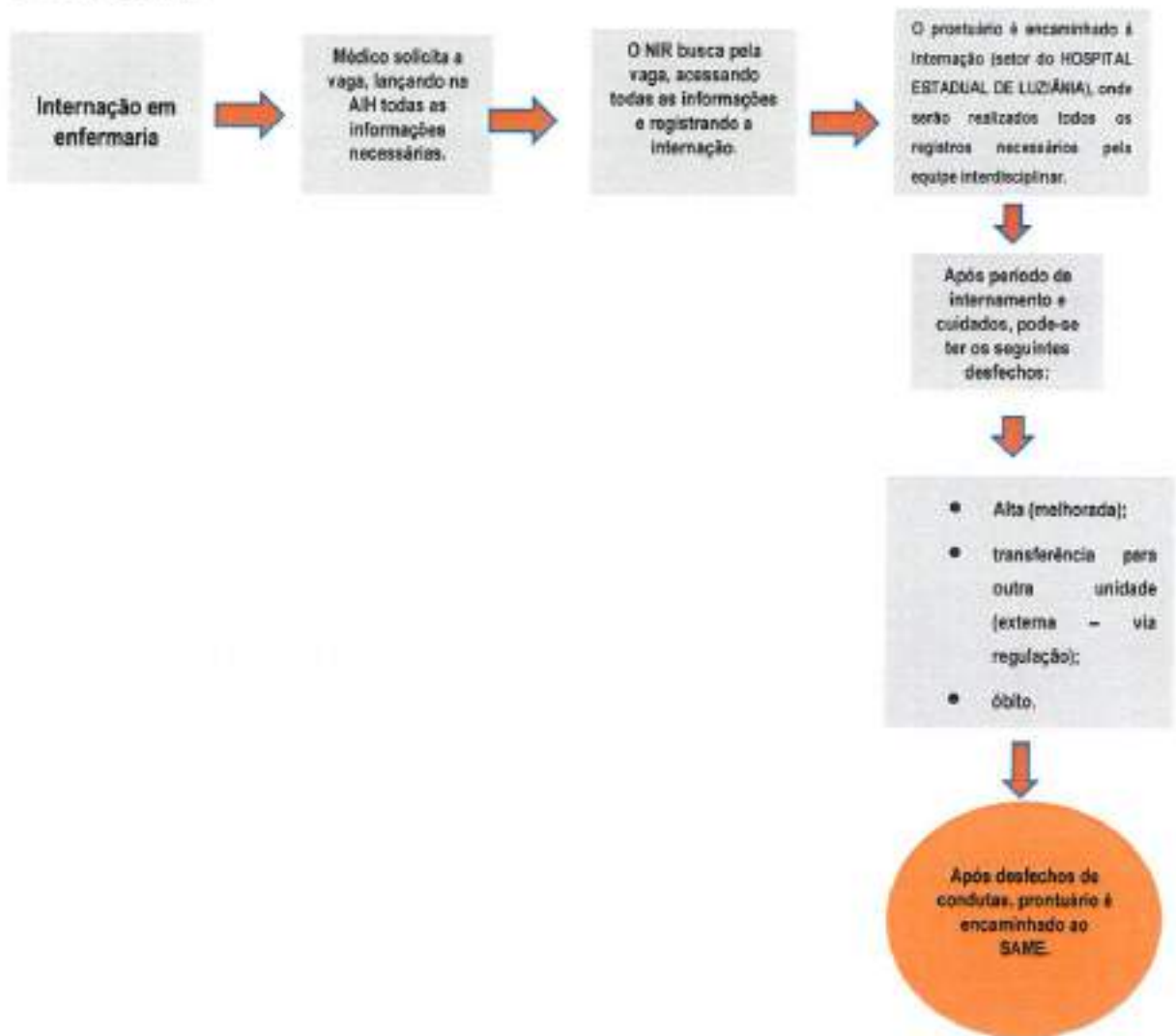
NOME	DATA	ALTA	AÇÃO
Rafael Peirão	10/08/2007 09:30	Alta Hospitalar	Visualizar ficha
Rafael Peirão	10/08/2007 09:40	Alta Hospitalar	Visualizar ficha
Rafael Peirão	10/08/2007 10:21	0946 2007 12 04	Visualizar ficha
Rafael Peirão	09/07/2007 23:55	10/08/2007 09:47	Visualizar ficha
Rafael Peirão	23/07/2007	10/08/2007 09:47	Visualizar ficha

4) Após todo o período de internamento e cuidados hospitalares, pode-se chegar ao seguintes desfechos: alta (melhorada); transferência para outra unidade (externa – via regulação) ou óbito.

R

APÓS ALGUNS DOS DESFECHOS ACIMA MENCIONADOS O REGISTRO DAS
INFORMAÇÕES (PRONTUÁRIO) É ENCAMINHADO AO SERVIÇO DE ARQUIVAMENTO
MÉDICO E ESTATÍSTICO

FLUXOGRAMA:



FLUXOS DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E AMBULATORIOS:

1) O registro dos pacientes liberados para consulta ambulatorial é disponibilizado via sistema de regulação próprio do Estado (SISREG III):



2) O Hospital Estadual de Luziânia contará internamente, na gestão do IBGC, com a utilização do Sistema SOUL MV. Deste modo, após a ser verificada a agenda no SISREG III, deverá o profissional responsável proceder com o agendamento no SOUL MV.



3) O paciente então, deverá comparecer no Hospital Estadual de Luziânia para a consulta com o especialista à qual foi agendado.

4) Depois de passar pelo profissional médico, o paciente será encaminhado ao NIR (Núcleo de Regulação Interna, para realização dos procedimentos prescritos pelo médico (procedimento cirúrgico, realização de exames, agendamento de retorno com médico).

Preencha as informações necessárias para a criação do documento clínico.

Data de referência:

Data do documento:

Documentos

Procurar:

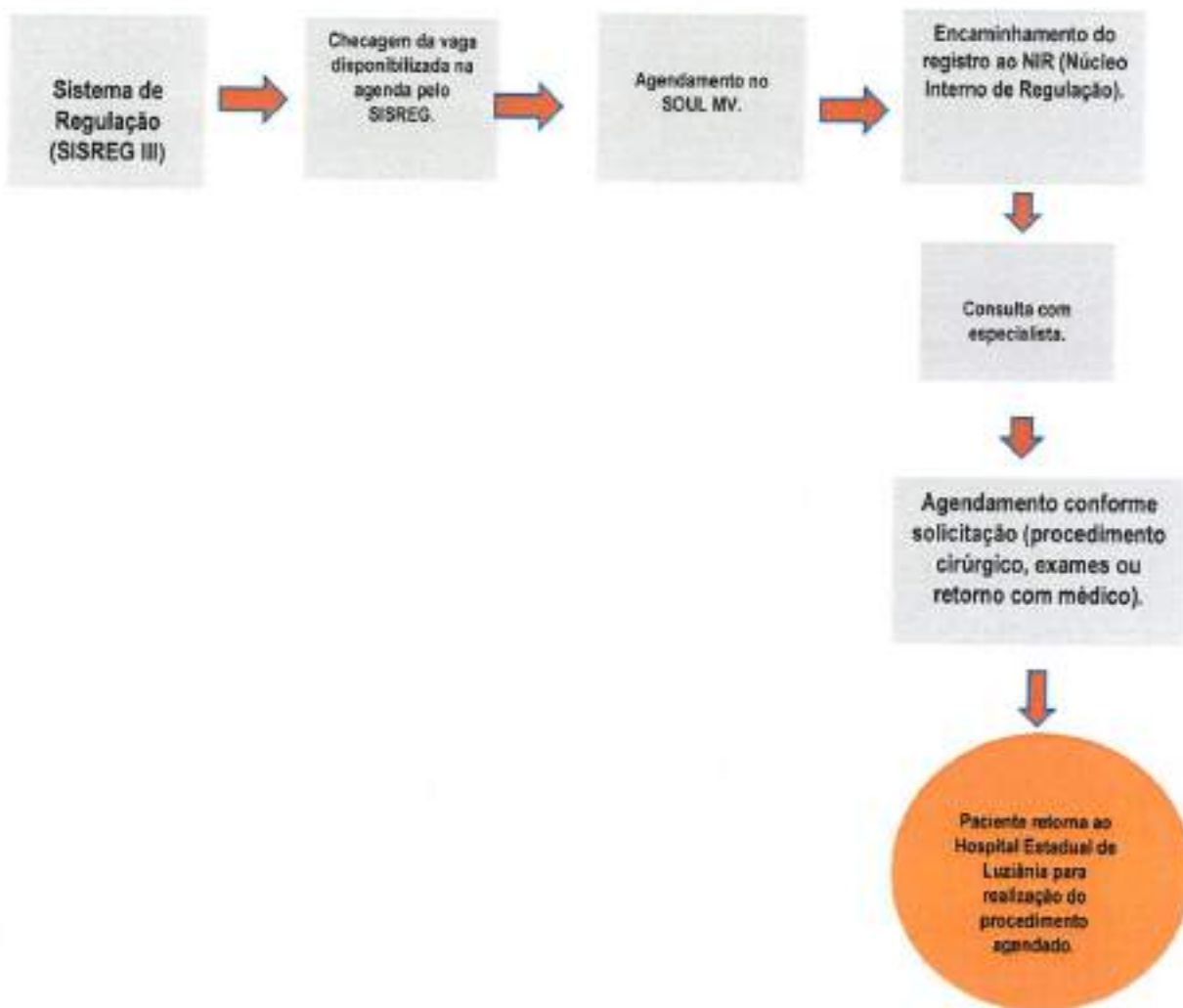
- Descrição
- ECG
- ENMG
- HOLTER
- LOOPER
- MADA



The screenshot shows a software interface with a header containing the logo 'SUA VIDA' and the name 'HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA'. Below the header, there is a navigation bar with several icons. The main content area displays a patient's medical history, including a list of documents with columns for 'Data', 'Descrição', 'Status', and 'Ações'. The interface is clean and professional, typical of a medical information system.

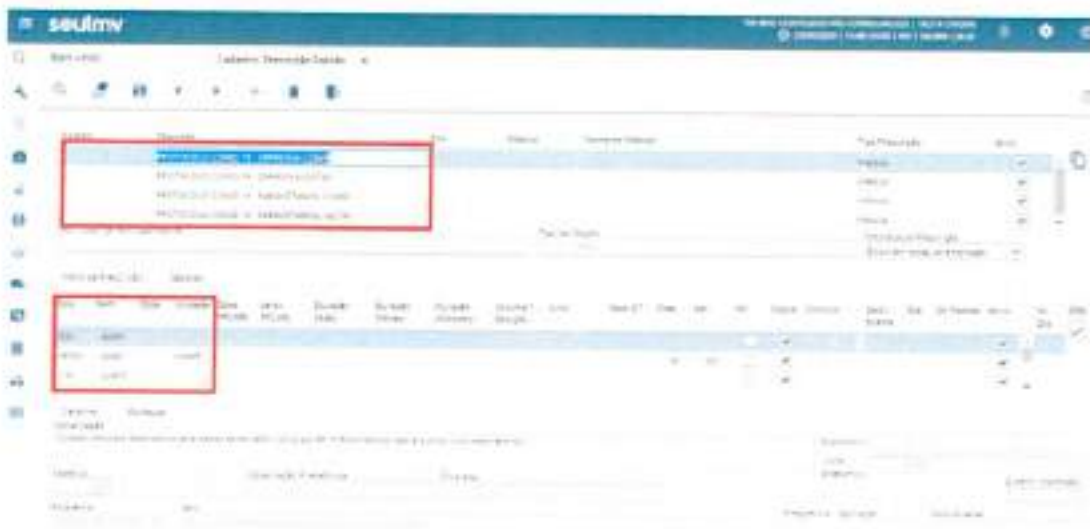
R

APÓS O AGENDAMENTO, DO MODO ACIMA EXPOSTO, O PACIENTE DEVERÁ COMPARECER AO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA NA DATA MARCADA PARA A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO PRESCRITO.

FLUXOGRAMA:

DISPENSÇÃO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA AO PACIENTE

1) O profissional médico deverá proceder com o registro da prescrição médica no sistema:



2) O profissional da farmácia acessa o registro para realização da avaliação farmacêutica:

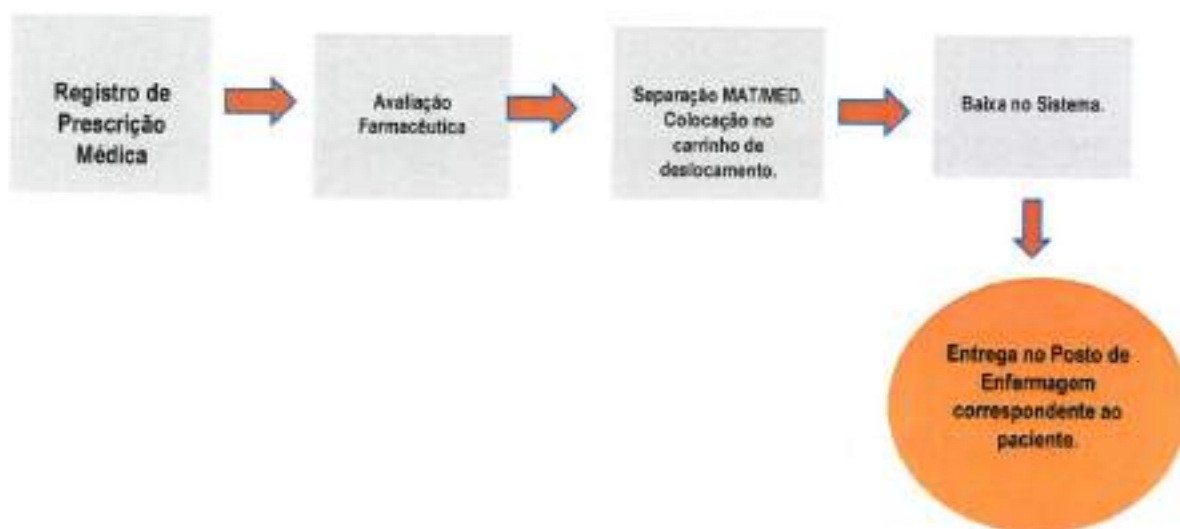


R

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, colocado no carrinho de deslocamento (método para transporte de MAT/MED que será utilizado pelo IBGC) e entregue no posto de enfermagem correspondente ao paciente;

FLUXOGRAMA:



TRANSFERÊNCIA DE MATERIAIS E INSUMOS DO CAF PARA A FARMÁCIA

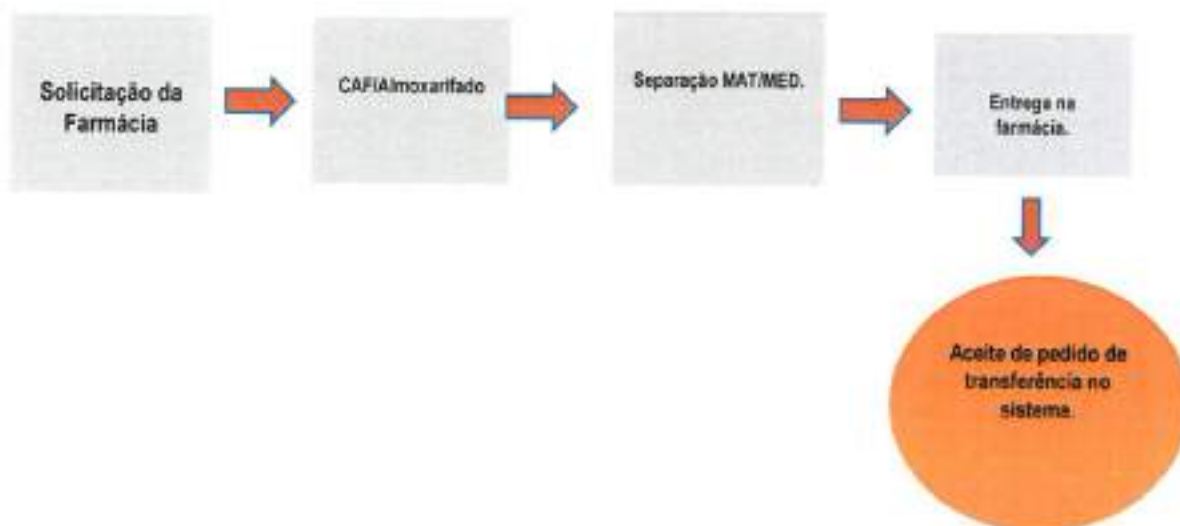
1) O farmacêutico ou técnico lotado na farmácia faz a solicitação dos materiais e medicamentos que necessita;



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

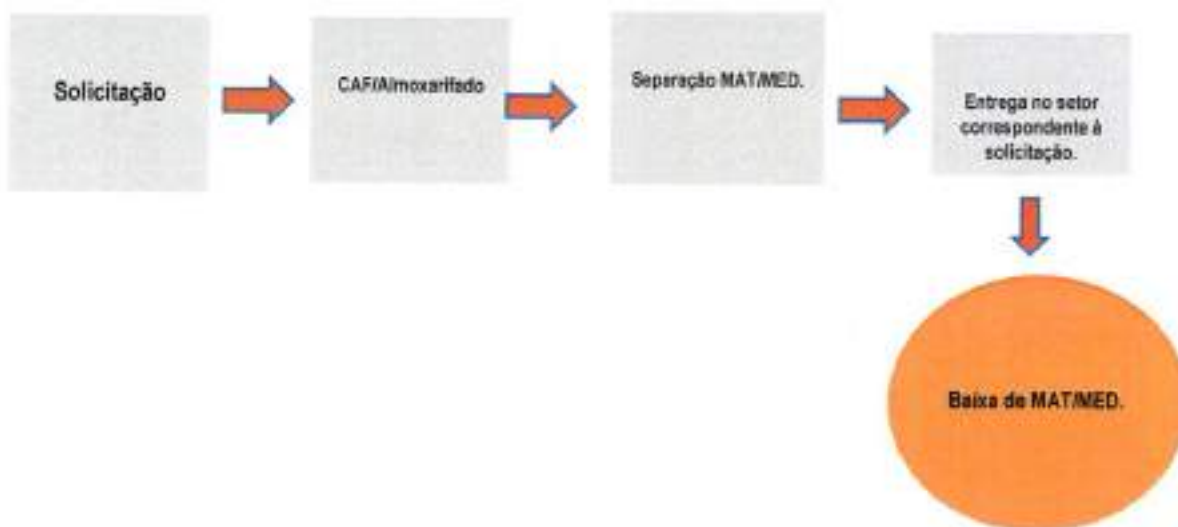
3) O auxiliar farmacêutico acessará o registro, fará a conferência dos medicamentos e materiais requisitados e aceitará o pedido de transferência, caso esteja tudo certo.

FLUXOGRAMA:



DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS SETORIALMENTE

- 1) Será requisitado pelo setor, todos os medicamentos e materiais necessários por meio eletrônico/impresso;
- 2) O destinatário acessa o registro eletrônico/impresso, realiza uma conferência e separa os materiais e medicamentos requisitados;
- 3) Após a separação é realizado a baixa dos MAT/MED solicitados e entregue ao setor solicitante.

FLUXOGRAMA:

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 todos os profissionais que realizaram os procedimentos listados no cadastro do paciente;

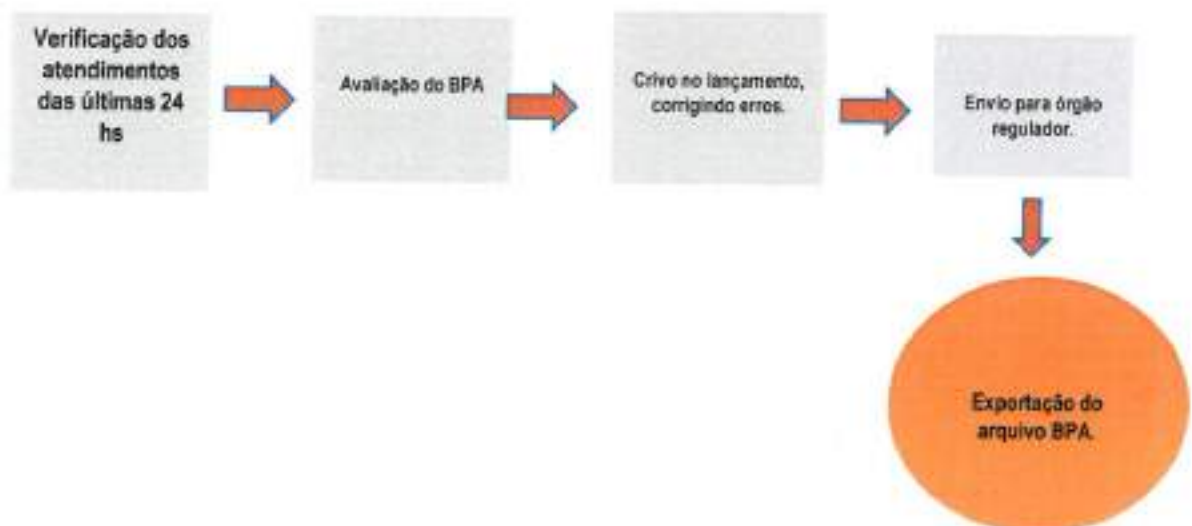
3) Após a verificação e correção dos lançamentos é visto o crivo (pendência por erro

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:



FATURAMENTO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

- 1) Visualiza-se os registros de alta médica no período a ser apurado;
- 2) Faz-se a avaliação dos registros da equipe multiprofissional no prontuário;
- 3) Após a análise do prontuário que deve ser feita de maneira criteriosa, o registro é encaminhado para a SES para liberação do código autorizador para o fechamento da conta.
- 4) Após liberação do código, gera-se a AIH pra envio ao órgão regulador.

FLUXOGRAMA:**FLUXO PARA COMPRA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS**

A gestão de materiais, de forma geral, refere-se ao planejamento, realização e o controle do fluxo de materiais dentro do Hospital Estadual de Luziânia, que vai desde a solicitação do material, passando pela compra e pelo efetivo consumo, até o descarte final, sendo este processo realizado de forma eficiente.

Num ambiente hospitalar, os estoques desempenham um papel de grande importância, eles tomam o atendimento possível de ser realizado, por se tratar de uma necessidade muitas vezes desconhecida e uma demanda variável, viabilizando, assim, a prestação de serviços aos pacientes e, por esse motivo, devem ser geridos de forma eficiente.

A administração dos recursos materiais tem por objetivo assegurar que o material esteja disponível, no momento e no local adequado, assim deverá os profissionais envolvidos seguir o seguinte fluxo no Hospital Estadual de Luziânia sempre que os itens aparecerem no controle de estoque como baixo.

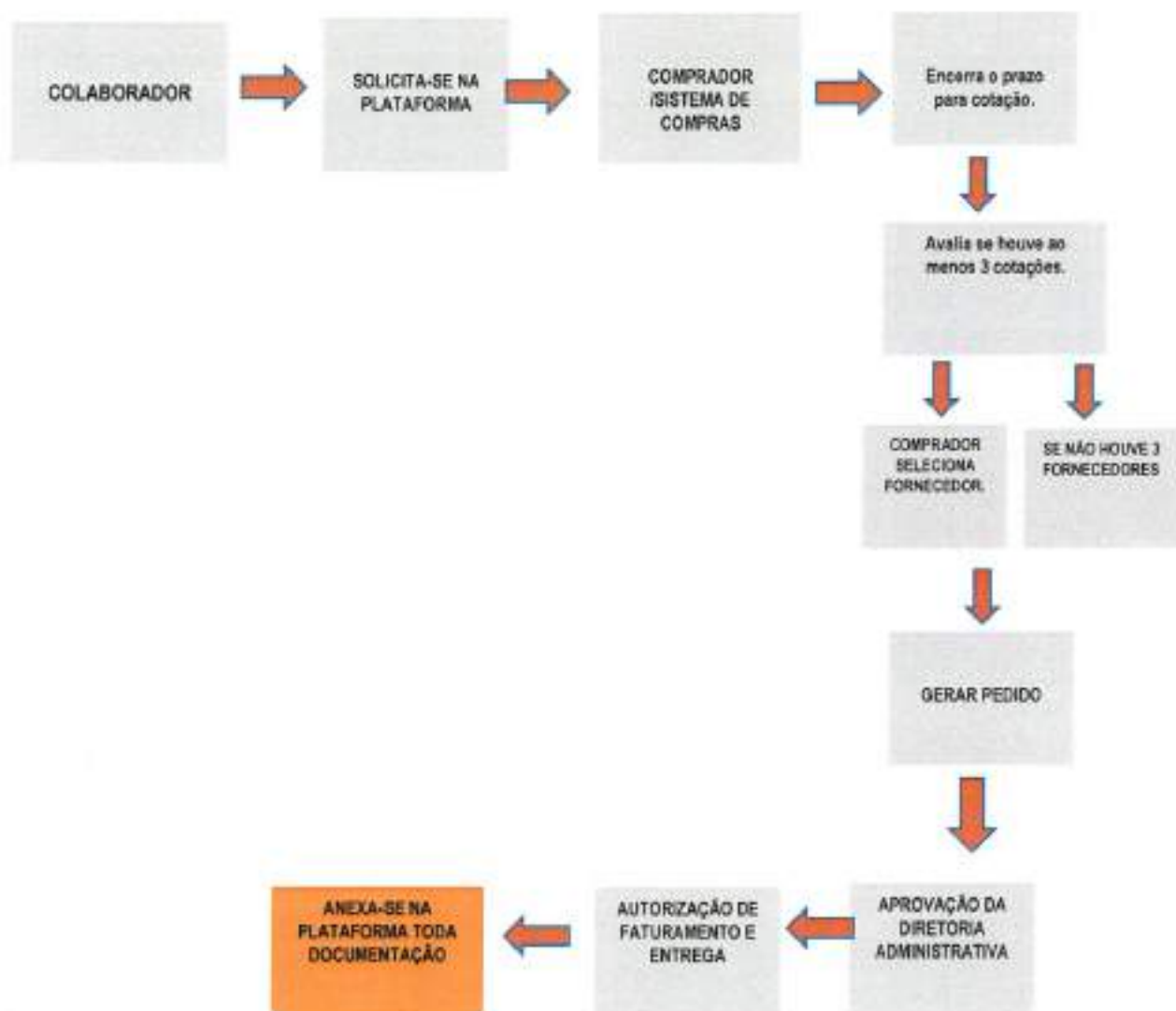
	A	E	C	D
1	Controle de Estoque - Material de Consumo Hospitalar			
2		Consumo	Estoque	
3	Item	Semanal	Quantidade	Nível
4	Aguilha Cirúrgica	300	432	Normal
5	Aguilha Descartável	1300	829	Baixo
6	Algodão (caixa)	500	127	Critico
7	Atadura (rolo 30m)	250	453	Normal
8	Bandagem (pcte)	400	317	Baixo
9	Compressas (pcte)	300	193	Baixo
10	Curativos (caixa)	200	25	Critico
11	Esparadrapo (rolo 10m)	120	238	Normal
12	...			

- 1) O profissional encarregado por compras ou o colaborador da Farmácia e/ou Almoarifado realiza o planejamento e informa a quantidade a ser comprada na plataforma própria;
- 2) O profissional inserirá os itens a serem cotados no sistema de compras;
- 3) Encerrando o prazo de cotação, o comprador avalia se houve, 3 (três) fornecedores no mínimo, cotados;
- 4) Finalizado o prazo de cotação, o comprador seleciona o fornecedor ganhador com menor preço praticado, gera o pedido de compra e envia para aprovação do setor responsável no Hospital Estadual de Luziânia (Diretoria Administrativa).
- 5) Após aprovação da Diretoria Administrativa, o fornecedor recebe automaticamente o pedido, autorizando o faturamento e entrega do produto;



6) O responsável pela compra, procede com o anexo da cotação e pedido, junto a plataforma de gerenciamento de processos, para que possa ser conferido no momento do recebimento.

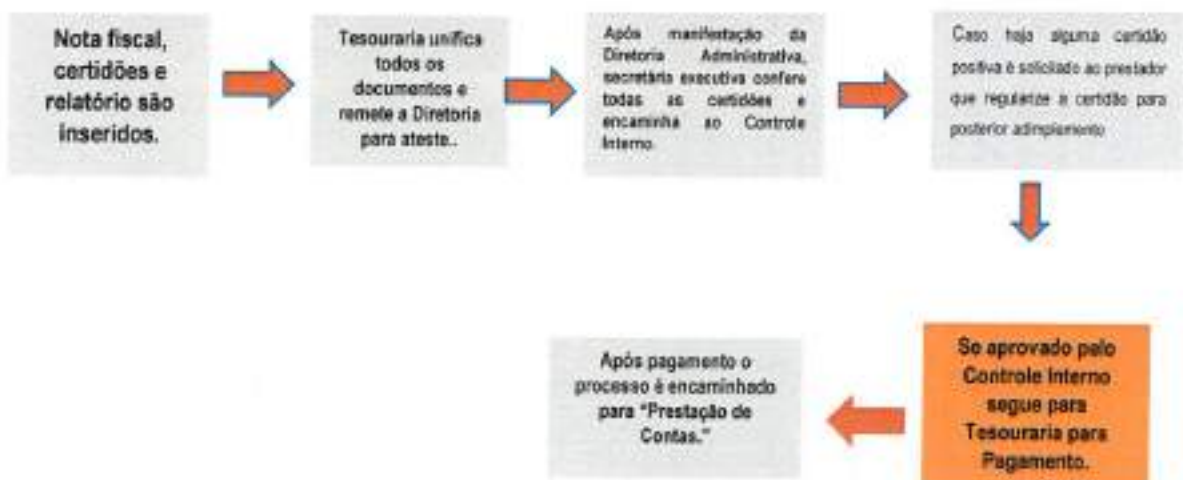
FLUXOGRAMA:



R

PAGAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS

- 1) Insere-se a nota fiscal, certidões de regularidade fiscal e relatório da entrega na plataforma de gestão de processo de aquisições pelo Setor de Tesouraria;
- 2) O setor de Tesouraria procede com a unificação de todos os documentos e encaminhando para a Diretoria Administrativa solicitando o ateste da nota fiscal.
- 3) Após a manifestação da Diretoria, a secretária executiva confere todas as certidões de regularidade e contrato de prestação de serviço e encaminha para o Núcleo de Controle Interno. Caso haja alguma certidão positiva é solicitado ao prestador que regularize a certidão para posterior adimplemento.
- 4) Se aprovado pelo controle interno, o processo retorna à Tesouraria para pagamento. Se não aprovado, retorna a Secretaria Executiva para providências de regularização. Após regularização é novamente encaminhado ao Controle Interno.
- 5) Após pagamento o processo é encaminhado para "Prestação de contas".

FLUXOGRAMA:

R

PAGAMENTO DE FORNECEDORES DE MAT/MED

1) Após o recebimento da nota pelo almoxarifado, a mesma é anexada ao processo com demais documentações (certidões, relatório) e encaminhada à Tesouraria;

2) Tesouraria faz a conferência. Se houver alguma inconformidade no processo, o fornecedor é acionado para regularizar e posterior adimplimento. Caso esteja tudo em conformidade, o processo é remetido para o Controle Interno.

3) Se aprovado pelo controle interno, o processo retorna à Tesouraria para pagamento. Se não aprovado, retorna a Secretaria Executiva para providências de regularização. Após regularização é novamente encaminhado ao Controle Interno.

4) Após pagamento o processo é encaminhado para "Prestação de contas".

FLUXOGRAMA:



**DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA
REGULARIDADE CONTÁBIL NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA**

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;
- duplicatas pagas;
- 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 automatização das matrizes de acordo com o SIPEF (Sistema de Prestação de Contas Econômico-Financeiro), são elas:

0300 – Balancete

0400 – BP – Balanço Patrimonial

0500 – Folha de Pagamento

0700 – Encargos de Folha de Pagamento

0900 – DRE

1300 – Indicadores Hospitalares Metas de Produção;

1500 – Gastos com Colaboradores

1700 – Razão

1800 – Demanda Judicial

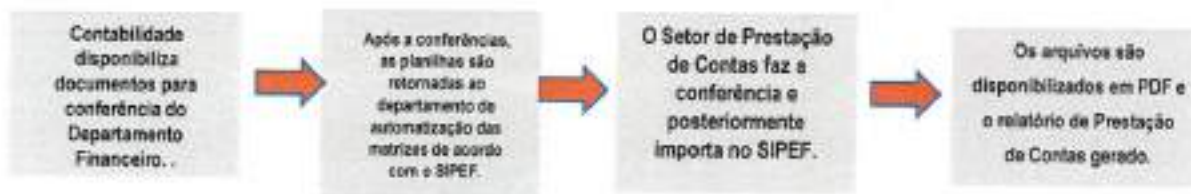
1900 – Benefícios da Folha de Pagamento

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.

(Fluxo mais superficial tendo em vista a necessidade de verificar quais sistemas de controle contábil são os ideais para o Hospital Estadual de Luziânia, aprovados pela SES/GO e recomendados pelo TCE/GO).

FLUXOGRAMA:



FLUXO DE OFÍCIOS

Antes de adentrar no fluxo de ofícios do Hospital Estadual de Luziânia, é oportuno destacar que o Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada, 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 Hospital Estadual de Luziânia, 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, atroquelar, acostar, anuir, colacionar; substantivos como: menoscabo, diapasão, lince, utente; locuções como: à guisa de, à mingua 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 citar 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 confecção 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 Hospital Estadual de Luziânia, mas de modo que sempre guarde destaque com a numeração do documento recebido.

OFÍCIOS ENVIADOS PELO IBGC:

Os ofícios encaminhados pelo IBGC 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

R

e órgãos, sempre tendo como objetivo primordial, a eficiente gestão e operacionalização do Hospital Estadual de Luziânia

Os Executores Administrativos (estatutários) e demais colaboradores (celetistas) lotados nas Diretorias do Hospital Estadual de Luziânia, redigirão 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 IBGC:

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

R

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 IBGC, na gestão do Hospital Estadual de Luziânia, recomendará que qualquer documento, enviado eletronicamente, seja recebido somente por e-mail corporativo e não endereço eletrônico pessoal, zelando assim pelos princípios 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 Hospital Estadual de Luziânia 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, ele é lançado na plataforma e posteriormente baixado e modificado para lista de "demandas concluídas na unidade".

Observações:

a) em alguns casos, ainda que fosse o caso de encaminhamento do documento via e-mail, quando o tamanho do Ofício não for compatível com capacidade do provedor do e-mail, o mesmo deverá ser protocolizado de maneira física no órgão;

b) ofícios de natureza meramente informativa, deverão ser inseridos nas Pastas da rede do Hospital Estadual de Luziânia, e na plataforma de gerenciamento documental,

com marcação dos colaboradores que devem ter ciência do teor daquele documento. Após o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias do seu recebimento, deverá ser providenciada sua baixa e modificado para lista de "demandas concluídas na unidade".

FLUXOGRAMA:

**FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERELIZADOS/ROUPAS NO HOSPITAL
ESTADUAL DE LUZIÂNIA**

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 20022, 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-hospitalares³.

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. A saber:

CAPITULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

[...]

Secção III

Definições

Art. 4º Para efeito deste Regulamento Técnico são adotadas as seguintes definições:

[...]

XV – produtos para saúde críticos: são produtos para a saúde utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais, e sistema vascular, incluindo também todos os produtos para saúde que estejam diretamente conectados com esses sistemas;

XVI – produtos para saúde semi-críticos: produtos que entram em contato com pele não íntegra ou mucosas íntegras colonizadas;

XVII – produtos para saúde não-críticos: produtos que entram em contato com pele íntegra ou não entram em contato com o paciente;

XVIII – produtos para saúde passíveis de processamento: produto para saúde fabricado a partir de matérias primas e conformação estrutural, que permitem repetidos processos de limpeza, preparo e desinfecção ou esterilização, até que percam a sua eficácia e funcionalidade;

XIX – produto para saúde crítico de conformação complexa: produtos para saúde que possuam lúmen inferior a cinco milímetros ou com fundo cego, espaços internos inacessíveis para a fricção direta, reentrâncias ou válvulas;

XX – produto para saúde de conformação não complexa: produtos para saúde cujas superfícies internas e externas podem ser atingidas por escovação durante o processo de limpeza e tenham diâmetros superiores a cinco milímetros nas estruturas tubulares;

XXI – processamento de produto para saúde: conjunto de ações relacionadas à pré-limpeza, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;

[..]

XXVII – representante legal: pessoa física investida de poderes legais para praticar atos em nome da pessoa jurídica;

XXVIII – responsável técnico – RT: profissional de nível superior legalmente habilitado, que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde ou pela empresa processadora, conforme legislação vigente;

[..]

CAPÍTULO II

DAS BOAS PRÁTICAS PARA O PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

Seção I

Condições Organizacionais

Art. 5º Para cumprimento desta resolução os CME passam a ser classificados em CME Classe I e CME Classe II.

§ 1º O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento.

§ 2º O CME Classe II é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa, passíveis de processamento.

Art. 6º A responsabilidade pelo processamento dos produtos no serviço de saúde é do Responsável Técnico.

[...]

Art. 21 A limpeza, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição de produtos para saúde devem ser realizados pelo CME do serviço de saúde e suas unidades satélites ou por empresa processadora.

Parágrafo único. O processamento de produtos para saúde não críticos pode ser realizado em outras unidades do serviço de saúde desde que de acordo com Procedimento Operacional Padronizado – POP definido pelo CME.

[...]

Seção II

Recursos Humanos

Art. 27 Todas as etapas do processamento de produtos para saúde devem ser realizadas por profissionais para os quais estas atividades estejam regulamentadas pelos seus conselhos de classe.

Art. 28 O CME e a empresa processadora devem possuir um Profissional Responsável de nível superior, para a coordenação de todas as atividades relacionadas ao processamento de produtos para a saúde, de acordo com competências profissionais definidas em legislação específica.



Parágrafo único. O responsável pelo CME Classe II deve atuar exclusivamente nesta unidade durante sua jornada de trabalho.

Subseção I

Da Segurança e Saúde no Trabalho

Art. 30 O trabalhador do CME e da empresa processadora deve utilizar vestimenta privativa, touca e calçado fechado em todas as áreas técnicas e restritas.

[...]

Art. 32 Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades.

[...]

Subseção II

Atribuições

Art. 33 Compete ao Responsável Técnico do serviço de saúde e ao Responsável Legal da empresa processadora:

I – Garantir a implementação das normas de processamento de produtos para saúde;

II – Prever e prover os recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e ao cumprimento das disposições desta resolução;

III – 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;

[...]

VII – Participar do dimensionamento de pessoal e da definição da qualificação dos profissionais para atuação no CME;

VIII – Orientar as unidades usuárias dos produtos para saúde processados pelo CME quanto, ao transporte e armazenamento destes produtos;

[...]

Seção IV

Da Infra-Estrutura.

Art. 44 O CME Classe I deve possuir, minimamente, os seguintes ambientes:

I – Área de recepção e limpeza (setor sujo);

II – Área de preparo e esterilização (setor limpo);

III – Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);

IV – Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e

V – Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Art. 45 O dimensionamento das áreas do CME Classe I deve ser efetuado em função da demanda e dos métodos de processamento utilizados.

Art. 46 O CME Classe I deve possuir, no mínimo, barreira técnica entre o setor sujo e os setores limpos.

Art. 47 O CME Classe II e a empresa processadora devem possuir, minimamente, os seguintes ambientes:

I – Sala de recepção e limpeza (setor sujo);

II – Sala de preparo e esterilização (setor limpo);

III – Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);

IV – Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e

V – Sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

[...]

Art. 48 Para o CME Classe II e na empresa processadora é obrigatória a separação física da área de recepção e limpeza dos produtos para saúde das demais áreas.

[...]

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 424, de 19 de abril de 20126, normatizou as atribuições dos membros da equipe de Enfermagem em CME, ou em empresas processadoras de produtos para a saúde. Dentre essas atribuições, destacam-se:

Art. 1º Cabe aos Enfermeiros Coordenadores, Chefes ou Responsáveis por Centro de Material e Esterilização (CME), ou por empresa processadora de produtos para saúde:

I – Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para saúde, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;

II – Participar da elaboração de Protocolo Operacional Padrão (POP) para as etapas do processamento de produtos para saúde, com base em referencial científico atualizado e normalização pertinente. Os Protocolos devem ser amplamente divulgados e estar disponíveis para consulta;

[...]

X – Participar do dimensionamento e da definição da qualificação necessária a os profissionais para atuação no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;

XI – Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;

XII – Orientar e supervisionar as unidades usuárias dos produtos para saúde, quanto ao transporte e armazenamento dos mesmos;

[...]

Art. 2º Os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que atuam em CME, ou em empresas processadoras de produtos para saúde, realizam as atividades previstas nos POPs, sob orientação e supervisão do Enfermeiro.

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 ESTERIZADOS NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

Se tratando o Hospital Estadual de Luziânia de uma unidade de grande porte, que realiza procedimentos de alta complexidade, voltada principalmente para cirurgia geral, ortopédica e oncológica e de urgência e emergência, invasivos de altíssima especificidade, os itens relacionados aos serviços, serão os itens esterilizáveis cotidianamente no âmbito de um serviço de urgência/emergência, além de paciente regulados **da Macrorregião Centro Nordeste ou outras regiões**, conforme designação pelo Complexo Regulador do Estado de Goiás.

Em um aspecto de tanto relevo como o CME do Hospital Estadual de Luziânia cabe alguns registros teóricos que se refletirão na gestão do mesmo por essa proponente.

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.

NÍVEL	AGENTE QUÍMICO	APLICAÇÕES
Alto	<ul style="list-style-type: none">• Ácido Peracético• ortophitalaldeído	lâminas de laringoscópio, equipamentos de terapia respiratória, material de anestesia e endoscópios.
Intermediário	<ul style="list-style-type: none">• Hipoclorito de sódio• Álcool	materiais inalatórios, macronebulização, nebulização, umidificadores e outros.
Baixo	<ul style="list-style-type: none">• Álcool 70%	termômetros, bandejas, cubas, comadres, piriquitos e outros.

Nota: No Brasil em face do surto de micobactéria, a ANVISA restringiu o uso de glutaraldeído, pois uma das hipóteses considera a resistência deste microrganismo ao produto. Associam-se também ao produto, riscos ocupacionais a que os profissionais de saúde estão expostos ao empregar solução de glutaraldeído.

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 microorganismos 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 do hospital, 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 odontomédico-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

R

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 Hospital Estadual de Luziânia

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

Essa atividade têm 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 esta 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 video, 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, cuba-rim, 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 a 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.

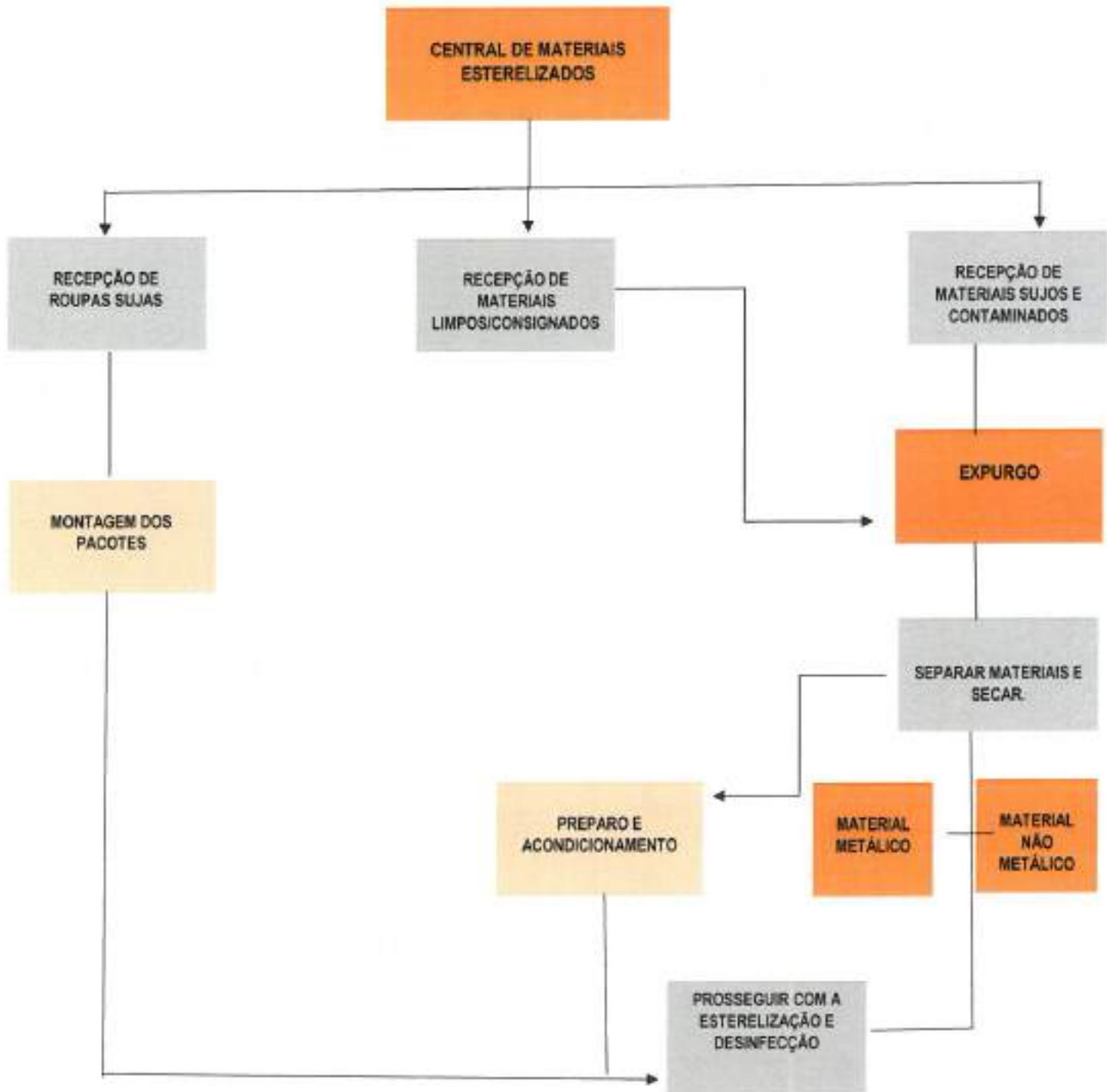
No entanto, a boa prática recomenda que cada hospital valide seu processo de esterilização, bem como as embalagens utilizadas e o local de armazenamento.

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 hidrogênio - Óxido de etileno - Radiação gama	- 1 ano - 1 ano - 1 ano
Container com filtro microbiológico	- Vapor	- 6 meses
Container com filtro tyvek	- Peróxido de hidrogênio	- 6 meses



FLUXO DE CHEGADA DE MATERIAIS PARA DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO NA CME



RECEBIMENTO DE MATERIAL SUJO CME

Descrição rotina no Hospital Estadual de Luziânia: A CME receberá o material sujo/contaminado no expurgo das áreas assistenciais e iniciará o procedimento de separação dos materiais por tipo, método de esterelização, técnicas de esterelização específica, secagem, item metálico ou não, etc.

Após os itens estarem prontos, deverá dar início à ESTERELIZAÇÃO/DESINFECÇÃO.

Recebimento de roupa suja: Capotes, compressas, campos e roupa em geral deverão ser recebidos pela CME e separadas conforme sua utilidade e tamanho, devendo ser observado se há presença de furos, rasgos ou manchas. Ao montar o pacote colaborador deverá anexar a fita indicadora do processo de autoclave obedecendo sempre a técnica da dobradura.

As autoclaves, utilizam vapor saturado sob pressão, pois a destruição dos microorganismos é resultado da combinação de temperatura, pressão e umidade, que causam a desnaturação e termocoagulação das proteínas presentes na estrutura dos microorganismos, provocando a morte das bactérias.

Materias consignados recebidos: O material consignado deverá sempre ser reprocessado no balcão da área limpa do expurgo, onde o colaborador fará a conferência e separação e em seguida o material passará pela limpeza e preparo conforme especifica técnica e indicação do processo de esterelização.

PROCEDIMENTO DE DESINFECÇÃO NA ÁREA SUJA CME

1) A CME receberá o material sujo dos setores assistenciais do Hospital Estadual de Luziânia – e adotará as seguintes ações:

- Separação dos materiais por tipo, técnicas de esterelização específica método de esterelização, secagem, item metálico ou não, etc.

a) **itens metálico:** realizar a limpeza do material da maneira descrita no Procedimento Operacional Padrão;

- Montagem das caixas da maneira descrita no Procedimento Operacional;

- Proceder com o embalagem/empacotamento para que em seguida vá para o procedimento de esterelização;

b) Materiais não metálicos: Realizar imersão do material em solução da maneira descrita no Procedimento Operacional;

- Sobrenadar o material, enxaguar e secar da maneira descrita no Procedimento Operacional;

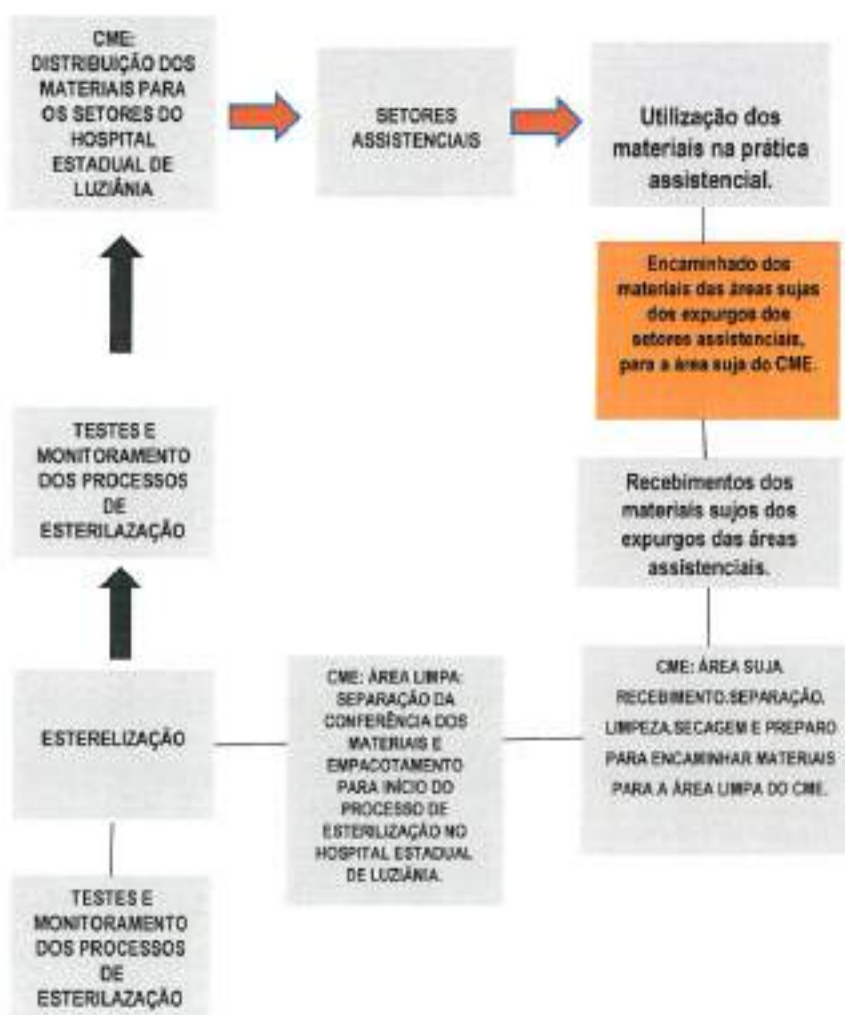
- Material pronto para serem carregados na autoclave para esterelização.

ESTERELIZAÇÃO

Os materiais do Hospital Estadual de Luziânia, serão esterelizados nas autoclaves da CME.

1) FLUXOGRAMA GERAL DOS MATERIAIS – CME – UNIDADES ASSISTENCIAIS:

FLUXOGRAMA:




Descrição do fluxo de materiais – CME- Unidades Assistenciais:

No arsenal encontra-se armazenados os “materiais esterelizados” (kits de oxigenoterapia, kits de sutura...) para uso cotidiano e de apoio às áreas assistenciais do Hospital Estadual de Luziânia.

Unidades Assistenciais:

Ou também chamados nos fluxos desta proponente, de Setores Assistenciais, é onde os materiais são utilizados conforme a demanda do Hospital Estadual de Luziânia.

Após a utilização dos materiais, eles deverão ser apanhados no expurgos destes setores, para posterior encaminhamento para a área suja do CME, em rotina que deverá ser definida juntamente com a equipe da CCIH e coordenações sobre essa temática.

ÁREA SUJA: CME RECEPCIONA O MATERIAL SUJO/CONTAMINADO DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS E TOMA AS SEGUINTE AÇÕES:

- Desmembramento/ desmontagem dos materiais por tipo de método, método de esterelização, etc;
- Realização de limpeza e secagem do material;
- Pré – preparo do material para a área limpa – CME;
- Encaminhamento do material para a área limpa para dar início a esterelização.

ÁREA LIMPA: CME RECEPCIONA O MATERIAL DA ÁREA SUJA E TOMA AS SEGUINTE AÇÕES:

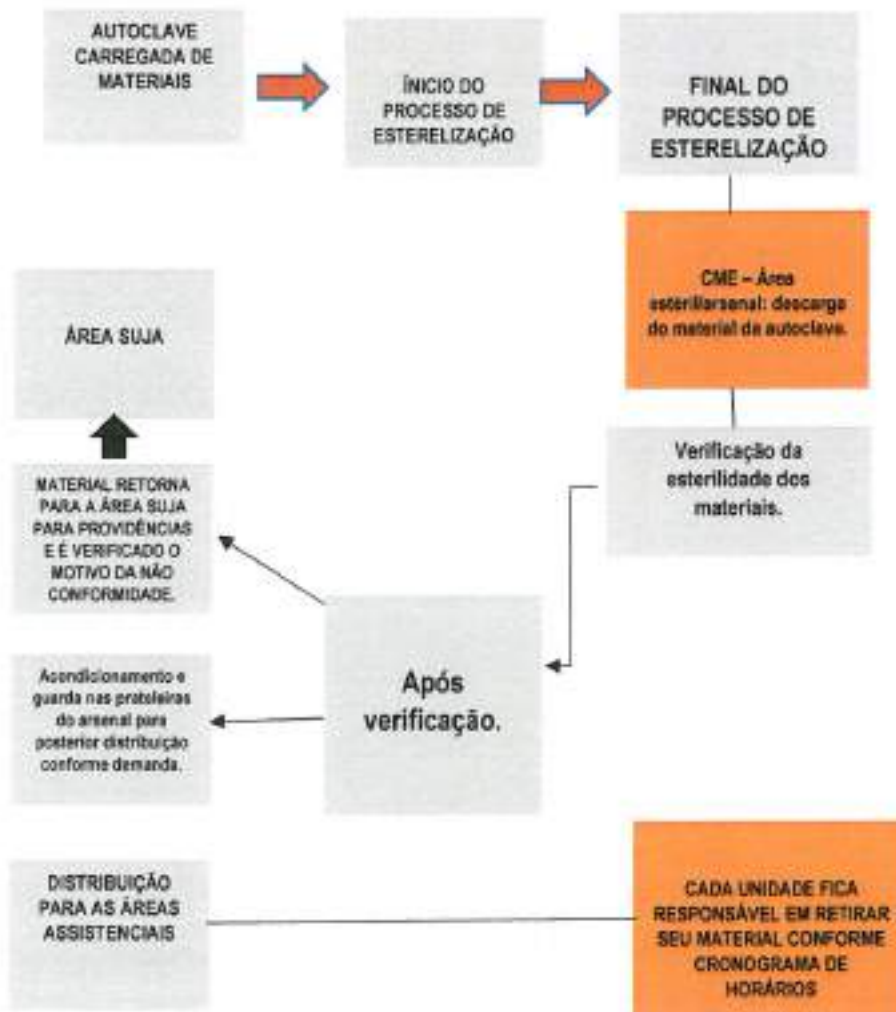
- Conferência do material limpo pela área suja. Caso seja verificado qualquer anomalia ou inconformidade em relação ao processo de limpeza prévia, o material deve ser devolvido para a área suja para ações cabíveis;
- Separação do material de acordo com o processo de desinfecção (autoclave ou termodessinfectora);
- Empacotamento e/ ou selagem dos materiais;

- Carregamento da autoclave ou da termodesinfectora;
- Início do processo de esterelização.

ÁREA ESTÉRIL/ARSENAL: ETAPA EM QUE A AUTOCLAVE SERÁ DESCARREGADA E OS MATERIAIS SERÃO ARMAZENADOS NO ARSENAL DO CME E PRONTOS NOVAMENTE PARA DISTRIBUIÇÃO E PRONTO USO OUTRA VEZ:

Fluxo do processo de descarga da autoclave e armazenamento dos materiais no arsenal – área limpa

FLUXOGRAMA:



1) As cargas não devem ser liberadas quando: houver alteração nos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão), os indicadores químicos presentes no papel grau



cirúrgico sugerem que os materiais não foram expostos à esterilização e indicador biológico der resultado positivo.

2) Se a carga for liberada antes dos resultados do indicador biológico, e depois desse indicador, indicar falha no processo, a totalidade dos materiais deverão ser apanhados e considerados não estéreis.

3) Se não for observado qualquer inconformidade em relação às fases do procedimento de esterilização, os materiais serão armazenados no ARSENAL e estarão prontos para serem distribuídos para os demais setores assistenciais de acordo com a demanda e solicitação.

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPARIA/LAVANDERIA

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 hospitalar 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 do hospital; 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 do hospital.

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 hospitalar, independente do grau de sujeira, é considerada contaminada, em razão do próprio ambiente e da presença de pacientes portadores ou não de doenças infecto-contagiosas e do seu eventual acompanhante.

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

A lavanderia hospitalar tem como objetivo transformar toda a roupa suja ou contaminada, utilizada no hospital, em roupa limpa.

O processamento de roupas dentro do hospital 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 sujeira 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 sujeira 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 hospitalar), 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 Hospital Estadual de Luziânia.

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. 36.

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 hospitalar, 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 lavagem ou não devido a 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 Hospital Estadual de Luziânia.

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.

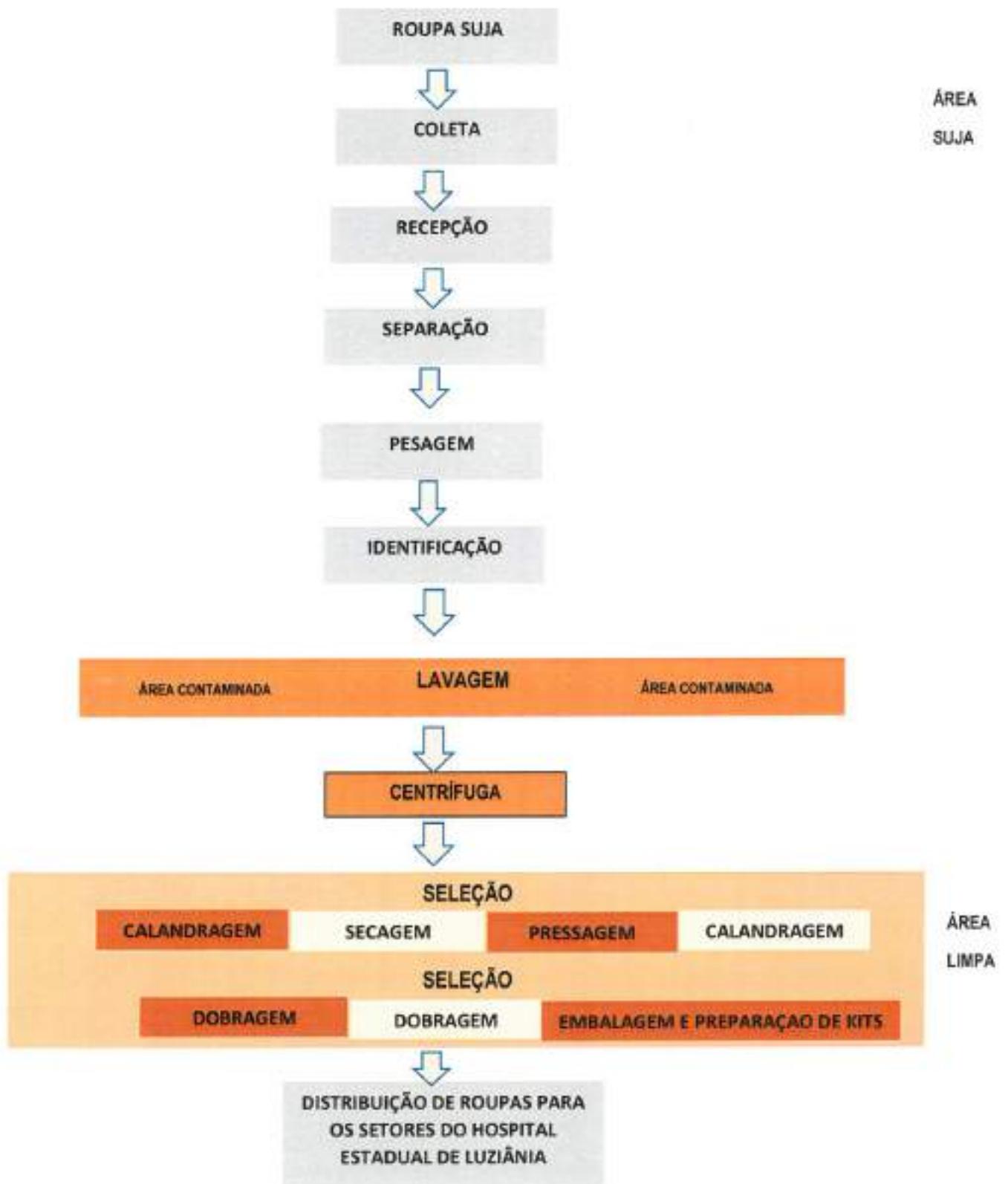
Após o conserto, a roupa volta a ser processada.

No Hospital Estadual de Luziânia, 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 hospitalares, na segurança e no conforto do paciente e acompanhantes.

A unidade de processamento de roupas do Hospital Estadual de Luziânia está localizada junto à área de serviços de apoio próxima a farmácia, de modo à lhe garantir o melhor desempenho de sua atividade, contribuindo efetivamente para as demais áreas da unidade, evitando ruídos, calor, risco de contaminação etc.

O formato da lavanderia do Hospital Estadual de Luziânia, possibilita um fluxo racional de trabalho de processamento de roupa seguindo um fluxo progressivo, como em uma linha de montagem industrial, e um papel relevante dessa proponente deverá ser o de buscar meios eficazes de se evitar o cruzamento de circulações das atividades.

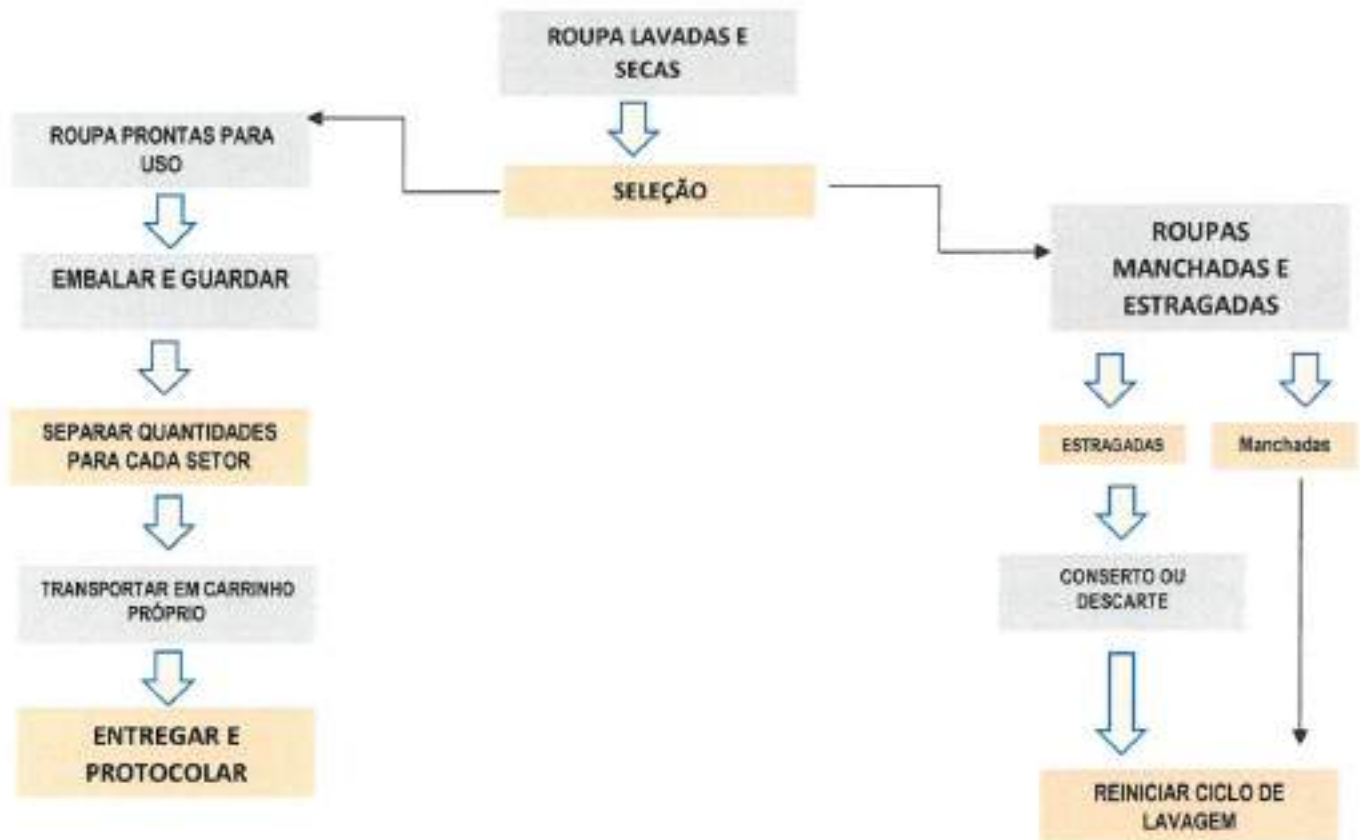
FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE ROUPAS NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA



[Handwritten signature]

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA COLETA DE ROUPAS SUJAS

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA DISTRIBUIÇÃO DAS ROUPAS LIMPAS



D

FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os resíduos de serviços de saúde requerem atenção especial dos gestores da área, uma vez que sua coleta e destio 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 Hospital Estadual de Luziânia, 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 Hospital Estadual de Luziânia, 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, acondicionamento, 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 Hospital Estadual de Luziânia;
- 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 situações de emergência 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 Hospital Estadual de Luziânia 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 IBGC no gerenciamento e operacionalização do Hospital Estadual de Luziânia, 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

R

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: Hospital 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 Hospital Estadual de Luziânia 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



Segundo a RDC 222/2018 que revogou a RDC 306/04 da ANVISA os Resíduos de Serviços de Saúde são classificados em:

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 **MATERIAL 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 o 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

R

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;
- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta;
- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos;
- 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;

- Peças anatômicas (membros) do ser humano;

- 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;

- Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica;

- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

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 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.

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 laminulas, 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.

O Hospital Estadual de Luziânia conta atualmente com a seguinte capacidade instalada, segundo o Anexo I – Das Especificações Técnicas do Termo de Referência divulgado no Instrumento Convocatório no site da SES/GO:

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do Hospital Estadual de Luziânia

Internação	Quantidade
Enfermaria Adulto Clínica	31 leitos
Enfermaria Adulto Cirúrgica	23 leitos
Enfermaria Obstétrica	08 leitos
Hospital/dia	04 Leitos/poltronas
UTI adulto	10 leitos
Centro Cirúrgico	3 salas
RPA	04 leitos
Consultórios Médicos na emergência	02
Observação (Box estabilização)	02
Observação (Box observação)	09

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 Hospital Estadual de Luziânia.

Além de um Plano para adequado procedimento quanto aos resíduos de serviços de saúde no Hospital Estadual de Luziânia, 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.

Merece destaque por essa proponente o Manejo de rejeitos líquidos hospitalares, sucintamente abordado acima. Na RDC 222//2018 há a seguinte previsão de destinação de tais rejeitos:

REJEITOS LÍQUIDOS	DESTINO
Sangue e secreções provenientes de cirurgias e aspirações	Rede de esgoto
Sobras de medicamentos	Devolvidos à farmácia
Desinfetantes e detergentes utilizados em desinfecção do ambiente	Rede de esgoto
Efluentes resultantes da lavagem e degermação das mãos com antissépticos	Rede de esgoto
Efluentes resultantes da lavagem de roupas com adição de produtos químicos	Rede de esgoto
Ácido Peracético	Rede de esgoto, produto biodegradável
Revelador e fixador de raios X	Recolhimento por empresa especializada
Óleo provenientes de preparo de alimentos	Recolhimento por empresa especializada
Óleo diesel – resíduos do gerador	Recolhimento por empresa especializada

O esgoto sanitário é tratado pela estação de tratamento local. Os resíduos líquidos gerados diariamente pelas unidades de saúde serão constituídas basicamente de água e de resíduos transportados (fezes, urina, desinfetante, detergente, gorduras, partículas de alimentos entre outros componentes utilizados nas atividades cotidianas), e apresenta as mesmas características dos efluentes sanitários urbanos.

O revelador e fixador de raios – X não serão produzidos já que o equipamento da unidade se trata de um equipamento que produz imagens digitais.

f

O óleo utilizado na cozinha deverá ser acondicionado em embalagem plástica rígida, resistente à ruptura, lacrado com tampa rosqueável, devidamente identificada e armazenada sobre paletes, na baía de químicos no abrigo de resíduos das unidades.

Um dos desafios da Comissão de Resíduos de Serviço de Saúde do Hospital Estadual de Luziânia é de encontrar uma empresa (na observância de todos os princípios e regras da Administração Pública) que colete esse tipo de resíduo para reciclagem.

No caso do gerador, o óleo diesel descartado que foi utilizado no gerador, deverá ser acondicionado em embalagens plásticas rígidas, que seja resistentes à ruptura, lacradas com tampa rosqueável, devidamente identificada e armazenada sobre palets, na baía de químicos nos abrigos de resíduos das unidades e sendo entregue a empresa especializada que realizará a destinação final do resíduo.

É necessário o uso do E.P.I (equipamentos de Proteção Individual) durante todo o manejo e manuseio de qualquer produto químico (óculos com proteção lateral, máscara facial e luvas).

RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE CLASSIFICADOS CONFORME SETORES DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

Tendo em vista, tratar-se de uma unidade térrea, a separação dos tipos de
resíduos pelo IBGC se deu com relação ao setores.

SETOR	TIPO DE RESÍDUO
Ambulatório	A, D e E
SADT e Laboratório	A, B, D e E
Pronto Socorro	A, D e E
Enfermarias	A, D e E
Centro Cirúrgico	A, D e E
UTI	A, B, D e E
Obstetria/Ginecologia	A, B, D e E
Auditório/sala de reunião	D
Administrativo	D
Vestiário	D
Almoxarifado	B e D

Farmácia	B, D e E
Nutrição	B e D
Lavanderia	A, B e D
Abrigo de Resíduos	A, B, C, D e E
Caldeira	A, B e D
Subestação/geradores	B e D
Lavagem de ambulâncias	B e D
Gases Medicinais	B e D
Central de Gás GLP	D

ROTA DE COLETAS DE HORÁRIOS PRÉ – ESTABELECIDOS:

As coletas dos resíduos das salas de acondicionamento interno temporários para o abrigo externo deverão ser de acordo com os horários pré-estabelecidos e conforme a necessidade das unidades, porém deverão sempre respeitar o fluxo de entrega dos seguintes setores Serviço de Nutrição Dietética (SND) e Central de Materiais Esterilizados (CME). Caso ocorra alguma eventual situação de encontro nos corredores, a equipe de retirada dos resíduos e CME deverá sempre priorizar aos demais serviços.

Durante a gestão e operacionalização do Hospital Estadual de Luziânia, o IBGC buscará certificações que tem como referência o manejo de resíduos de serviços de saúde, tais como: Global Reporting Initiative – GPR; Inventário de emissões atmosféricas nacional (GHG protocol); Sou Resíduo Zero; Evento Neutro Carbono, entre outras.

O Fluxo Unidirecional de coleta interna de resíduos do Hospital Estadual de Luziânia, é descrito abaixo:

AMBULATÓRIO:

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta no Ambulatório.

É necessário primeiramente que a coleta se inicie na lixeiras do ambulatório e transporta-los até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, de três a quatro vezes por período dependendo da demanda do setor, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não

coincidam jamais com os horários pré-estabelecidos para distribuição de roupas, alimentos, entrada de visitantes, distribuição de medicamentos/materias, troca de acompanhantes., os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos do Hospital Estadual de Luziânia

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO AMBULATÓRIO



SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO E LABORATÓRIO

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta no SADT e Laboratório.

É necessário primeiramente que a coleta dos resíduos se inicie na lixeiras e depois transporte-os até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda do setor, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não coincidam jamais com os horários pré-estabelecidos para distribuição de roupas, alimentos, entrada de visitantes, distribuição de medicamentos/materias, troca de acompanhantes., os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos do Hospital Estadual de Luziânia.

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO LABORATÓRIO E SADI



PRONTO SOCORRO

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta no Pronto Socorro.

É necessário primeiramente que a coleta dos resíduos se inicie na lixeiras do Pronto Socorro e depois transporte-os até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda do setor, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não coincidam jamais com os horários pré-estabelecidos para distribuição de roupas, alimentos, entrada de visitantes, distribuição de medicamentos/materias, troca de acompanhantes., os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos do Hospital Estadual de Luziânia.

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO PRONTO SOCORRO



INTERNAÇÃO E ENFERMARIA

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta na enfermaria e internações.

É necessário primeiramente que a coleta dos resíduos se inicie na lixeiras e depois transporte-os até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda do setor, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não coincidam jamais com os horários pré-estabelecidos para distribuição de roupas, alimentos, entrada de visitantes, distribuição de medicamentos/materias, troca de acompanhantes., os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos do Hospital Estadual de Luziânia.

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DAINTERNAÇÃO E ENFERMARIACENTRO CIRÚRGICO

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta do centro cirúrgico.

É necessário primeiramente que a coleta dos resíduos se inicie na lixeiras e depois transporte-os até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda do setor, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não coincidam jamais com os horários pré-estabelecidos para distribuição de roupas, alimentos, entrada de visitantes, distribuição de medicamentos/materias, troca de acompanhantes., os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos do Hospital Estadual de Luziânia.

Quando for o caso de cirurgias que acarrete na geração de peças anatômicas, deve-se observar o fluxo do Subgrupo FA3.

- **Subgrupo FA3:** Peças anatômicas (membros) do ser humano; 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 familiares.

As peças anatômicas deverão ser registradas em formulário próprio, com embalagem de saco vermelho para resíduos infectantes, acrescido da identificação "peças anatômicas" e encaminhada para armazenamento na geladeira que estará localizada no abrigo externo de resíduos.

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO CENTRO
CIRÚRGICO



UTI ADULTO

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta na UTI'S adulto.

É necessário primeiramente que a coleta dos resíduos se inicie na lixeiras e depois transporte-os até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda do setor, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não coincidam jamais com os horários pré-estabelecidos para distribuição de roupas, alimentos, entrada de visitantes, distribuição de medicamentos/materias, troca de acompanhantes., os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos do Hospital Estadual de Luziânia.

**FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DAS UTI
ADULTO****SETOR DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

Esse setor sem dúvidas é o maior gerador de resíduos sólidos da unidade, para tal, os resíduos comuns (GRUPO D) gerados no setor de Alimentação e Nutrição seguirão o mesmo fluxo descrito da coleta interna até a sala de utilidades, no entanto, ao invés de seguir para o abrigo de resíduos, os resíduos comuns (GRUPO D) serão dispensados em um compactador de resíduos orgânicos, que será disposto na parte externa do setor de Alimentação e Nutrição, passando por um processo de compactação, reduzindo seu volume até a coleta externa e destinação final.

**FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO SETOR DE
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO****LAVANDERIA**

Segundo Nilson (1998) deve sempre haver preocupação com a questão ambiental na execução, planejamento, no controle e alocação de recursos visando alcançar metas ambientais. Por exemplo: os gerenciamentos de resíduos e gestão de qualidade exigem decisões em diferentes níveis no setor administrativo, "realizadas com o objetivo de obter efeitos positivos sobre os problemas causados pelas ações humanas, quer evitando que eles surjam" (BARBIERI, 2004, p.20).

A fiscalização e a inspeção interna remetem a estratégias de gerenciamento que ajudam na prevenção e no controle dos tratamentos prévios dos resíduos hospitalares. A implantação de medidas de responsabilidades ambientais, sobretudo na lavanderia é acionada por razões internas e externas de instituições, entre elas estão: os custos, inovação tecnológica, otimização no processo, mudança de cultura voltada à preocupação ecológica e a prevenção de acidentes ecológicos.

P

Lavanderias hospitalares tem sido alvo de políticas fiscalizadoras mais frequentes dos órgãos governamentais. Assim, a propositura e implantação de uma gestão ambiental, em curto prazo, é uma ação estratégica dentro do Hospital Estadual de Luziânia, para cumprir as legislações pertinentes.

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta na lavanderia.

É necessário primeiramente que a coleta dos resíduos se inicie na área de trabalho da lavanderia e depois transporte-os até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos do Hospital Estadual de Luziânia.

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO SETOR DE LAVANDERIA



R

**FLUXO GERAL DE COLETA DE RESÍDUOS INTERNAMENTE NO HOSPITAL ESTADUAL
DE LUZIÂNIA**

- Internamente, no Hospital Estadual de Luziânia, os resíduos serão coletados na sala de utilidades de cada setor, pelos colaboradores responsáveis pela higienização e serão encaminhados ao depósito de resíduos utilizando carrinho para transporte interno, carrinho esse exclusivo para transporte de resíduos de serviços de saúde, e que deverá conter identificação com o símbolo específico equivalente ao risco do material nele colocado.
- Deixa-se o setor gerador, nos horários e frequências, previamente estabelecidas, e evita-se o cruzamento com horários de outras atividades tais como: distribuição de refeições e de roupas limpas e recolhimento de roupas sujas.
- os carros de transporte seguem até o depósito externo.



FLUXO GERAL DE COLETA DE RESÍDUOS EXTERNAMENTE NO HOSPITAL ESTADUAL
DE LUZIÂNIA

Coleta externa de resíduos de serviços de saúde é aquela realizada de maneira a retirar do abrigo externo de resíduos no Hospital Estadual de Luziânia e removê-los até a sua destinação final.

Imprescindível que seja utilizado de técnicas que busquem preservar os colaboradores, a população e o meio ambiente em seus aspectos físicos, observando-se sempre as normas, regulamentações e orientações gerais dos órgãos de limpeza.

No que se refere aos resíduos dos grupos A, B, D e E do Hospital Estadual de Luziânia, uma empresa terceirizada (contratada em observância aos aspectos legais e principiológicos da Administração Pública), deverá realizar diariamente a sua coleta.

A Resolução nº 237/1997 do CONAMA regulamenta o licenciamento ambiental, a fiscalização e controle pelos órgãos de vigilância sanitária e meio ambiente dos sistemas de tratamento externo dos resíduos de serviços de saúde.

A incineração térmica é um processo de tratamento térmico a uma temperatura que varia de 800 a 1200°C, reduzindo o peso e volume através da combustão controlada. As cinzas geradas nesse processo são encaminhadas para Aterros Licenciado Classe I e poderá ocorrer quando for o caso.



Horários de Execução dos Serviços:

Para a execução dos serviços de limpeza, serão observadas a localização, classificação, frequência e horários de limpeza;

- Nas áreas assistenciais, o horário de execução dos serviços será estabelecido de forma a atender as necessidades e especificidades da unidade;

- Oportunamente, antes do início das atividades Hospital Estadual de Luziânia, as escalas de serviço serão apresentadas e discutidas com o pessoal da assistência e em especial a CCIH.

R

2. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

2.1 Implantação de Logística de Suprimentos

A literatura sobre o tema, evidencia que a prestação de serviços hospitalares possui diferenças fundamentais com relação a outros tipos de atividades, principalmente no que tange à sua complexidade.

Por se tratar de serviços em que o fim principal é a preservação da vida humana, deseja-se uma garantia de qualidade que expresse eficiência nos mais variados tipos de demandas, considerando-se sempre os recursos disponíveis e a valiosa função social que o hospital representa.

A estrutura organizacional complexa, a natureza dos serviços prestados e a crescente necessidade contenção de custos, contribuem para a dificuldade no gerenciamento dos hospitais (HAMES, 1996 apud DE BORBA & RODRIGUES, 1998).

Os serviços hospitalares podem ser definidos como um conjunto de processos voltados para o restabelecimento e manutenção da saúde de pessoas enfermas. Analogamente a outras processos produtivos, as atividades de apoio representam parte considerável do custo global de um hospital.

Devido a isto, a racionalização de recursos e otimização da eficiência da logística de suprimentos de um hospital é altamente relevante, principalmente no contexto brasileiro, onde o Sistema Único de Saúde se mostra cada dia tendo que desempenhar mais prestações de serviços, para um número maior de pessoas e com recursos finitos, escassos e que devem sempre ser utilizados de forma a observar os princípios e legislações da Administração Pública, sobretudo economicidade, eficiência, razoabilidade, legalidade e proporcionalidade,

Graças ao dever de observância a estes princípios, aliados a um monitoramento e fiscalização cada vez mais eficientes, tem-se gerado uma demanda crescente por serviços de qualidade, aliados a custos mais baixos.

Este fato tem forçado o setor de saúde a procurar por novas técnicas e metodologias, que possam minimizar as complexidades inerentes à gestão hospitalar (JACOBI, 1996).

DE VRIES et al.(1999), enfatiza que o uso das técnicas tradicionais de planejamento, programação e controle de produção, com vistas à eficiência logística de um hospital, não se adaptam completamente ao contexto hospitalar, caso não sejam levadas em consideração algumas perspectivas e características fundamentais, particulares aos hospitais, que os diferenciam das manufaturas em geral.

A abordagem do controle de produção nas manufaturas é focada em bons controles de fluxos. **Nos hospitais o foco principal de suas atividades é o fluxo de pacientes, nem sempre bem definido e previsível, enquanto que a preocupação com o fluxo de materiais é secundária.**

Nos sistemas hospitalares não há uma estrutura de comando simplificada, mas sim uma estrutura delicada de balanço de poder entre diferentes grupos(diretores, gerentes médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, técnicos, etc).

Por conta disso, não há um consenso geral dos alvos a serem alcançados para melhorar a performance da produção. Basicamente quem puxa a produção hospitalar (os profissionais de saúde através das requisições de serviços), também é responsável pela sua entrega.

Os cuidados hospitalares não são commodities que podem ser armazenadas. Os hospitais são organizações orientadas a recursos.

Logística de Suprimentos

A logística se preocupa com: o suporte à produção, através da disponibilização de matérias-primas no lugar e momento necessários; à distribuição dos produtos acabados aos pontos de venda, que geralmente estão mais próximos aos clientes; e à integração de todas estas atividades, com vistas à redução de custos e melhoria da eficiência, através de uma aproximação com os fornecedores e clientes.

Em particular a atividade de suporte à produção, também conhecida por administração de materiais, que consiste da aquisição, estocagem, armazenagem e distribuição interna de materiais, é o alvo da logística de suprimentos.

Compras

Também conhecido como aquisição, é o processo da logística de suprimentos que é responsável pela compra dos suprimentos necessários à produção, ou à prestação de serviço.

O processo de compras leva em consideração aspectos diversos como relacionamento com fornecedores, negociação de preços, prazos de entregas e planejamento de compras programadas com vistas à redução de custos (DIAS, 1995, p237-238).

A eficiência financeira do processo de compras possui uma dependência direta com as atividades do estoque. Isto porque as compras programadas e a determinação de lotes são influenciadas pelas informações de demanda e estoques de segurança, que são originadas no setor de estoque (BALLOU, 1993, p251).

Estoque

O estoque tem duas principais características: funciona como um amortecedor que garante as oscilações entre produção e demanda, no que tange à sua função de armazenagem de produtos acabados – para os casos das manufaturas e pontos de vendas –, e garantir o suprimento dos materiais necessários à produção ou prestação de serviços (DIAS, 1995, p19).

Para o suprimento dos materiais necessários à produção, ou à prestação de serviços, o estoque deve planejar e controlar a quantidade necessária de materiais armazenados a fim de garantir suas disponibilidades nos momentos em que a produção, ou serviço, necessitar (BALLOU, 1993, p.237).

Para auxiliar o planejamento e controle de estoque, várias técnicas foram desenvolvidas ao longo dos anos (BALLOU, 1993).

Estas técnicas originaram-se inicialmente na engenharia da produção e se estenderam a outros tipos de atividades, inclusive na área de serviços. Trata-se basicamente de técnicas matemáticas e estatísticas, auxiliadas por métodos de pesquisa operacional, e que garantem a disponibilidade dos materiais levando em consideração o custo de armazenagem, os tempos de ressuprimento e o impacto causado pela falta de materiais no momento em que são necessários (BALLOU, 1993).

O just-in-case preocupa-se principalmente em determinar um estoque mínimo de segurança, que é responsável em garantir a disponibilidade de materiais no tempo necessário para que o processo de compra e entrega dos fornecedores ocorra.

O just-in-time é fundamentado na premissa em que material em estoque é sinônimo de recurso financeiro ocioso. A sua preocupação principal é prover o ressuprimento automático dos materiais exatamente no momento em que eles forem necessários. Isto requer, por conseguinte, uma aproximação maior com os fornecedores e um processo de compra mais agilizado.

Para o caso da gestão hospitalar, o estoque deve garantir a disponibilidade de medicamentos e materiais no momento e lugar necessários

Particularmente neste aspecto o controle efetivo e eficiente de estoque possui importâncias fundamentais que, de certo modo, nas manufaturas ou lojas de varejo têm importâncias diferenciadas.

Em determinados casos a falta de medicamentos e/ou materiais pode significar o insucesso de uma intervenção médica, com consequências diretas à saúde e/ou sobrevivência dos pacientes, comprometendo assim diretamente a atividade fim de um hospital.

Segundo DANIEL (1997) é possível, em determinados casos, mesclar as duas filosofias de gestão, o just-in-case e o just-in-time, de forma a racionalizar os controles da gestão de estoques em um hospital.

Distribuição Interna

O processo de distribuição interna se refere à movimentação de materiais entre os estoques e os pontos de produção, ou prestação de serviço. Existem várias técnicas para determinar as melhores formas de distribuição, considerando roteamento da movimentação e racionalização de recursos (BALLOU, 1993).

Em hospitais a logística de distribuição deve garantir a entrega dos materiais no momento e local necessários. Porém geralmente o fluxo da distribuição não é bem definido e nem sempre é possível prever com segurança todos os materiais necessários a algum procedimento médico. Esta falta de determinação da distribuição acarreta em algumas dificuldades de planejamento e controle que não são tão sensíveis em manufaturas normais (DANIEL, 1997).

R

Custos logísticos

O gerenciamento logístico é voltado ao fluxo de produtos, materiais e serviços, com o objetivo de integrar e racionalizar recursos ao longo do trajeto que se estende desde os fornecedores até os clientes finais.

Por conta disso, a avaliação dos custos e do desempenho deste fluxo é altamente desejável. Logo, uma abordagem integrada da logística e um eficiente gerenciamento da distribuição têm como um dos principais elementos a serem considerados os custos logísticos (CHRISTOPHER, 1997).

Os métodos tradicionais de cálculos de custos não se aplicam adequadamente às complexas atividades dos fluxos logísticos (NOVAES, 2001; CHRISTOPHER, 1997).

Por conta disso, algumas metodologias de cálculos de custos foram desenvolvidas e aprimoradas para dar suporte a cálculos de custos logísticos, entre elas o método de custeio ABC (activity based costing).

Segundo CHRISTOPHER (1997): "A chave do custeio baseado na atividade é a procura dos 'geradores de custos' através do fluxo logístico, porque eles consomem recursos". Um dos objetivos do método ABC é destacar de forma mais aprofundada as composições dos custos da empresa e da cadeia de suprimento (NOVAES, 2001).

Diferentemente da visão tradicional da contabilidade de custos, que adota a abordagem conta/centro de custos, a visão do método ABC é voltada a processos/atividades.

Assim o método ABC busca principalmente as relações entre os recursos utilizados nas diversas atividades da empresa. Para isto o método identifica três elementos básicos envolvidos na composição do custo: a atividade, o evento e a transação. Segundo NOVAES (2001): "Toda atividade é originada de um evento que, por sua vez, gera uma transação, levando finalmente à realização da primeira."

Sistemas de Informações Logísticas

Define-se Sistemas de Informações Logísticas como sendo subsistemas dos sistemas de informações gerenciais, ou dos sistemas integrados de gestão, que providenciam

todas as informações necessárias para a atividade logística de uma organização (BALLOU, 1993, P279; FLEURY et al., 2000, p287-288).

A logística por si mesma possui vários elementos informacionais em sua estrutura, configurando desta forma um fluxo de informações extenso (FLEURY et al., 2000, p.286). Neste fluxo a análise do histórico das transações e elementos da logística, aliados a técnicas estruturadas, permite a determinação de características importantes de controles, como a definição de estoques, por exemplo.

É fato atualmente que uma cadeia produtiva integrada é uma das chaves para a diferenciação competitiva, neste âmbito os sistemas de informações logísticas provêm alguns dos suportes necessários para o controle tático e operacional da cadeia.

Basicamente um sistema de informações logísticas, aliado ao sistema de informações gerenciais, é fundamental para a definição e operacionalização dos modernos conceitos de SCM – Supply Chain Management (FLEURY et al., 2000, p295).

Sistema de Gestão Hospitalar no Hospital Estadual de Luziânia:

A operacionalização da logística de suprimentos no Hospital Estadual de Luziânia será realizada em sua totalidade de maneira informatizada através de um Sistema de Gestão Hospitalar, onde será possível, em tempo real, acompanhar e controlar, o consumo por unidade e quais os pontos de ressuprimento de estoque necessários.

Esse setor de suprimentos é responsável por gerenciar todos os estoques existentes no Hospital Estadual de Luziânia de modo a garantir a disponibilização de todos os materiais, insumos e medicamentos necessários para a execução das respectivas atividades.

- Padronização e categorização de produtos, garantindo a racionalização dos recursos e redução das compras;
- Redução de perdas;
- Otimização dos recursos humanos;
- Redução de saldo imobilizado em inventário;
- Maior segurança do paciente;
- Maior agilidade no abastecimento e conseqüentemente redução de sub estoques.

Todos os itens acima, são necessários para garantir uma cadeia de abastecimento eficiente do Hospital Estadual de Luziânia.

DEFINIÇÕES E MÉTODOS DE CONTROLE:

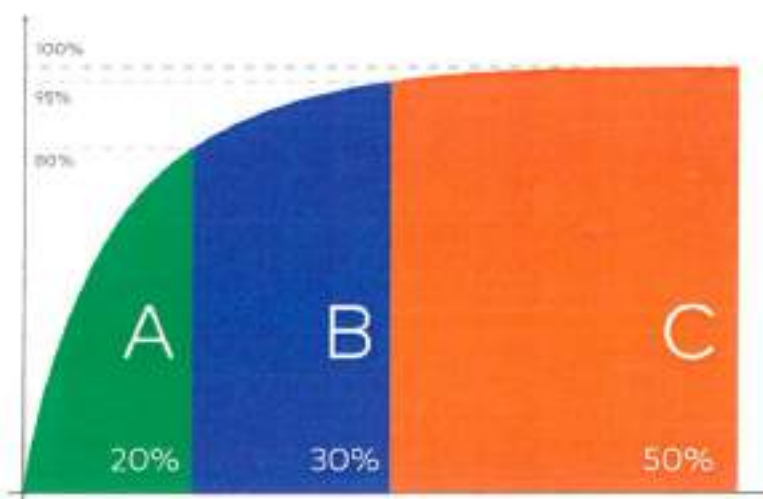
a) Curva ABC:

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.

b) Curva de análise 123

Para sua classificação, a curva 123 leva em consideração a dificuldade com que certos produtos são adquiridos. Sendo assim, os três grupos formados são

- 1: o primeiro grupo compreende os itens cuja aquisição é complexa, ou seja, sua obtenção é mais complicada por envolver diversos fatores que dificultam sua compra;
- 2: o segundo grupo abarca produtos de difícil aquisição, mas que envolvem uma quantidade menor de fatores complicadores;
- 3: no último grupo temos os materiais amplamente disponíveis no mercado e que, portanto, possuem um fornecimento bastante rápido e pontual.

c) Curva de análise PQR

O seu estoque também pode ser classificado de acordo com a popularidade de cada um dos itens. Isso significa que a curva PQR leva em consideração a quantidade de transações de um determinado material realizadas no período de tempo determinado. Sem, entretanto, que a quantidade envolvida em cada uma delas tenha relevância na classificação. Os grupos resultantes são:

P: classe formada por produtos muito populares e que apresentam uma movimentação frequente;

Q: produtos de média popularidade e que possuem uma frequência média de transações;

R: esse grupo inclui itens de baixa popularidade e que não são movimentados com frequência;

d) Curva de análise XYZ

A classificação XYZ avalia o grau de criticidade ou de imprescindibilidade do item de material nas atividades desempenhadas pela organização. Mendes e Castilho (2009)

A curva XYZ classifica os materiais tomando como base o critério de criticidade, ou seja, é colocado em análise o impacto que a falta desses itens causa nos processos da organização.

A segmentação, portanto, se dá da seguinte forma:

- X: grupo de itens de baixa criticidade, sua falta não paralisa as atividades e podem ser substituídos;
- Y: grupo de itens de média criticidade, são itens necessários para realização das atividades, mas que podem ser substituídos;
- Z: trata-se do grupo vital, sem similar disponível para substituição, cuja falta traz consequências desastrosas, podendo, por exemplo, interromper as operações.

Vantagens em sua utilização:

- Auxilia no processo de tomada de decisão;
- Determina o grau de imprescindibilidade dos itens;
- Disponibiliza informações sobre quais itens não podem faltar.

Limitações:

- Sofre influência de quem irá realizá-la;
- Necessita de avaliação criteriosa;
- Método qualitativo, sujeito a arbitrariedade e subjetividade;
- Difícil estabelecimento de parâmetros objetivos para quantificação de atendimento a critérios;

R

- Dependendo do segmento da empresa, é necessário a participação de uma comissão para sua realização

e) PEPS

PEPS é a sigla para Primeiro que entra, Primeiro que sai, que vem do termo em inglês FIFO, First in, First out.

Ou seja, os produtos que entraram primeiro no estoque serão os primeiros a saírem da empresa.

Nesta técnica, o custo/preço de venda da mercadoria é calculado de acordo com o custo do estoque mais antigo.

É priorizado então, a ordem cronológica de entrada dos produtos no estoque para a sua saída.

As primeiras unidades ou lotes deverão ser os primeiros a serem comercializados, assim como o valor em que será vendido se baseará no seu preço de compra.

No lote seguinte se segue o mesmo padrão, colocando como padrão para precificação o preço de custo ou de aquisição do mesmo.

Esse método de contabilidade de custos, além de auxiliar com o giro de estoque, faz com que, ao se basear no preço de compra mais antigo, se mantenha o lucro real do produto.

Por esse motivo, é uma metodologia pela qual é possível se garantir maior segurança no controle de estoque.

f) Custo médio ponderado

Também conhecido como preço médio ponderado, é o valor de cada item do estoque quando o total financeiro é dividido pelo número de mercadorias armazenadas.

Este método de avaliação de estoque é utilizado como uma ferramenta para administrar corretamente o estoque da empresa.

A fórmula do custo médio ponderado é:

$CMP = \text{Valor total do estoque} / \text{Número de itens comprados e armazenados}$.

g) Lead time em logística

É o tempo de espera, ou seja, o período para conduzir todo o ciclo de produção, desde o pedido até a entrega efetiva. Em outras palavras, é o tempo de provisionamento, o período entre o início de uma atividade e o seu término. A definição mais convencional para **lead time em logística**, no tocante ao Supply Chain Management, diz que é o tempo entre o momento do pedido do cliente até a entrega do produto.

Trata-se de um indicador importante para o crescimento e é óbvio que, quanto menor o **lead time em logística**, melhor.

Entre o que será mensurado, destacam-se o processamento dos pedidos, a resposta do fornecedor, o caminho dos insumos, os inventários, as linhas de montagem e produção, o trânsito.

No centro de distribuição o pedido passa por processamento e montagem; depois, para o transporte até a entrega ao cliente final. De qualquer forma, cada etapa entre o pedido recebido e a entrega leva tempo. O **lead time em logística** ajuda a estudar esse período e colabora nos ajustes para reduzir a espera.

Vale ressaltar os conceitos:

- **Lead time de compra:** tempo de espera decorrido entre o pedido de compra a um determinado fornecedor e a entrega do produto à fábrica;
- **Lead time de produção:** tempo de espera entre o primeiro pedido de compra e a finalização da fabricação do produto;
- **Lead time de preparação e entrega:** tempo desde o picking até a entrega ao cliente final.

Para que tudo dê certo, é necessário identificar as tarefas que consomem mais tempo e que poderiam ser melhoradas. Além disso, é preciso buscar formas de intervir na execução dos processos e implementar alternativas, como os sistemas de gestão integrada, para

automatizar o trabalho da área de logística, por exemplo. Softwares de logística geram relatórios, compilam informações em tempo real e, dessa maneira, auxiliam executivos na comparação de dados e na tomada de decisão estratégica.

h) Inventário de estoque

É uma listagem completa de todos os produtos armazenados no estoque de uma unidade. Esse inventário identifica, classifica e determina o valor de cada produto.

O inventário de estoque serve para certificar que o seu controle de estoque está de fato correto. Ou seja, se aquela entidade realmente possui o estoque que acredita possuir.

Dessa forma, caso a unidade tenha comprado produtos e materiais em excesso ou caso tenham ocorrido extravios e perdas do estoque, o inventário verifica as informações e permite que sua equipe haja de forma eficaz para solucionar o problema.

i) Combinando critérios para uma análise mais sofisticada

A curva ABC é bastante utilizada, especialmente em combinação com a curva XYZ. Isso porque limitar-se a apenas um desses critérios gera previsões limitadas que, ao invés de auxiliar na gestão, acabam por dificultar na obtenção de resultados assertivos.

A combinação entre duas ou mais curvas de análise facilita a gestão de estoque e torna seu controle muito mais preciso, pois forma uma quantidade maior de segmentação de materiais.

Dessa forma, o plano de aquisição passa a considerar as diversas circunstâncias às quais um negócio está sujeito, especialmente as instituições do setor da saúde, que lidam diretamente com o bem-estar de seus clientes.

A falta de diversidade nos critérios trata com simplicidade **rotinas complexas e de demandas variadas** como se fossem de fácil compreensão e controle, o que não é verdade.

Entretanto, é preciso tomar cuidado para que não se faça uso de uma quantidade excessiva de classificações. Categorias em excesso dificultam a realização de uma análise eficiente, ou seja, o controle pretendido inicialmente é prejudicado e se torna ineficaz.

Por isso, é preferível que, ao escolher entre as curvas XYZ, ABC, PQR e 123, se reflita sobre quais dessas classificações apresentam maior relevância dentro de uma organização.

Além disso, é importante considerar também a automação desse processo, uma vez que, ainda que as tomem mais sofisticadas, a combinação de curvas faz dos cálculos e sua decorrente análise mais trabalhosas e facilmente desatualizadas.

PLANEJAMENTO DE COMPRAS

O planejamento de compras deve ocorrer após o mapeamento das demandas com base no histórico de gastos, indicadores de consumo e na previsão anual de consumo, bem como previsão de necessidade de aumento ou diminuição de quantitativos ou de novos insumos decorrentes do aumento ou de novas de demanda, inclusive as sazonais. O processo de compras varia de acordo com a aquisição a ser efetuada, podendo ser:

Compra de itens padronizados: insumos de uso contínuo, aprovados na empresa, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques;

Compra de emergência: insumos não disponíveis em estoque e solicitado para atendimento de determinada demanda.

Compra de itens não padrão: insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. São produtos que não se mantem em estoque.

Cadastramento da relação de medicamentos e materiais padronizados

O cadastramento dos medicamentos e materiais no sistema de gestão hospitalar obedecerá a relação previamente entregue (apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares).

Levantamento inicial do quantitativo de medicamento e materiais necessários o funcionamento da Unidade será realizada com apoio das áreas técnicas de cada setor, obtendo como apoio o histórico de consumo médio do Hospital Estadual de Luziânia.

Além disso a Comissão de Padronização de Medicamentos é responsável por selecionar os medicamentos que farão parte do arsenal terapêutico por meio de um processo dinâmico, contínuo, participativo e multidisciplinar, visando assegurar o acesso aos

medicamentos necessários, adotando critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo para utilização racional destes fármacos.

Já os materiais e equipamentos ficarão à cargo da Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos que procederá por avaliar materiais e equipamentos padronizados, promovendo inclusões e exclusões, segundo critérios de eficácia, eficiência, clínica e custo.

Aquisição de insumos:

A aquisição de insumos e materiais será conduzida pelo setor de compras, que atenderá ao previsto no regulamento próprio de compras e contratações e será iniciado através da elaboração de Instruções e Elemento Técnico, onde contemplará: o objeto da contratação/aquisição, as justificativas para aquisição, a descrição técnica, o quantitativo, prazo de entrega, entre outras vertentes.

O processo de aquisição, ao final, será formalizado em um contrato, junto ao fornecedor que sagrar-se vencedor no processo.

Solicitação do Fornecedor:

A solicitação dos materiais e insumos será realizada através da Autorização de Fornecimento, informando a descrição do item, quantitativo, prazo de entrega, entre outras informações.

Recebimento externo:

O recebimento será realizado pelo setor de Almoxarifado, por profissional qualificado, onde deverá realizar o recebimento dos produtos, em posse da Autorização de Fornecimento original, preenchendo um Checklist de Recebimento e atestando o recebimento ao final.

Entrada do produto no estoque

A entrada do produto no estoque será após o recebimento e conferência dos produtos recebidos. Caso seja necessário a devolução de parte dos produtos, é na entrada do produto que será também executada a operação de devolução.

Nessa etapa é lançada as informações do produto para rastreabilidade, como lote, validade, valor, etc.

R

Armazenamento

Os materiais e insumos recebidos deverão ser armazenados em locais específicos conforme orientação do fabricante e das legislações específicas, seja em um local de controle de temperatura, umidade, empilhamento máximo, distanciamento de paredes, teto, chão, produtos, etc.

Atendimento aos setores

Os pedidos de materiais e insumos deverão ser realizados através da requisição pelo Sistema de Gestão Hospitalar por cada setor, onde serão distribuídos conforme os lotes com validade mais próxima do vencimento.

Ressuprimento do estoque

Com a informação do consumo dos materiais e insumos no sistema de gerenciamento de estoque em tempo real, juntamente com os alertas da duração do estoque de cada item, será possível recalcular o consumo real do Hospital Estadual de Luziânia no período, adequando os novos pedidos conforme o prazo de entrega máximo estipulado no Elemento Técnico.

APROVAÇÃO

As aprovações se dão de acordo com o valor da aquisição:

MAT/MED	CUSTO (R\$)	SOLICITAÇÃO			
		Coordenador ou responsável pelo setor solicitante	Diretoria Administrativa ou Gerente de compras	Diretoria Administrativa ou Gerente de compras	Diretoria Administrativa ou Gerente de compras
Padronizados	Até R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
	Acima de R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
Não padronizados	Até R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
	Acima de R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓

CADASTRAMENTO DE FORNECEDORES/PARCEIROS/ABASTECEDORES

O IBGC providenciará na gestão e operacionalização do Hospital Estadual de Luziânia é um sistema de cadastro de fornecedores que se baseará nos padrões de qualidade, visando sempre garantir aquisição de insumos e serviços de padrão elevado.

O método adotado para o procedimento de cadastro de fornecedores será uma avaliação de todos aqueles que desejem participar de processos de cotação na unidade.

R

Cabe o destaque, quando da realização do cadastro, que o mero cadastramento do fornecedor, não será capaz de lhe assegurar a efetivação de nenhuma compra, uma vez que as mesmas só ocorrerão a partir dos processos de cotação e de avaliação.

É condicionante para participação dos processos de compra na unidade, o cadastramento prévio que visará verificar a capacidade de fornecimento dos produtos.

É direito do IBGC na sua gestão, selecionar e classificar de maneira livre seus fornecedores, dentro dos critérios previamente estabelecidos e aprovados pelo departamento de compras e comissões envolvidas.

O setor de compras, vinculado a Diretoria Administrativa, procederá com a solicitação da documentação ao fornecedor. São documentos a serem requisitados;

- Ficha Cadastral fornecida pelo Hospital Estadual de Luziânia;
- Contrato Social da empresa e suas últimas alterações (apresentação de certidão narrativa, comprovando ser o último);
- Cópia do cartão do CNPJ.

Tratam-se estes de documentos obrigatórios e simples para uma eventual contratação. A depender da atividade (medicamentos, nutrição enteral, materiais de OPME (órteses, próteses, materiais especiais), materiais médicos hospitalares, saneantes, químicos e laboratório), gêneros alimentícios poderão ser requisitados mais documentações, tais como:

- Autorização de funcionamento emitida pela ANVISA;
- Alvará Sanitário Municipal;
- Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos aplicáveis ao tipo de produto.
- Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização;
- Certidão Negativa de Falência e Concordata.

A depender do fornecedor/produto, poderá ser requerida documentações complementares como:

- Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manipulação;
- Cópia da inscrição estadual;

- Certificado de Regularidade com a Previdência Social / INSS – Certidão Negativa de Débitos;
- Certidões negativas de débitos municipais, estaduais e federais, especialmente as expedidas pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social);
- PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais;
- PMCSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

Deverá ser preenchido o check list pelo setor de compras, para cadastro de fornecedor, para que se possa garantir a entrega e a conferência de toda documentação necessária para o cadastro acima mencionado.

Em nenhuma hipótese será admitida a negociação com fornecedores antes da apresentação de toda a documentação necessária para o cadastro completo.

Nenhum produto poderá ser adquirido no Hospital Estadual de Luziânia sem que haja o competente registro pelos órgãos equivalentes ao produto/material/medicamento.

Sabido que alguns documentos não carecem de registro junto ao Ministério da Saúde, deverá ser fornecida a cópia do documento que isenta tal produto do registro.

PROCEDIMENTO ESPECÍFICO PARA AS COMPRAS NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

O setor de compras, vinculado a Diretoria Administrativa no Hospital Estadual de Luziânia, procederá com a aquisição, que terá seu marco inicial à partir de uma solicitação pelo responsável pelo setor demandante.

Quando da solicitação, deverá se ter em conta o consumo do item, giro de estoque, análise do método escolhido para controle (curva ABC, curva 123, curva PQR...).

Com o fito de se garantir a segurança da operacionalização na unidade, deve sempre nortear o processo de compra, a necessidade de manutenção de estoque de segurança.

Por diferentes modalidades, poderá se dar o pedido de compra junto ao fornecedor (skype, fax, e-mail, whatsapp, telefone), sendo sempre observada a necessidade da entrega e o meio mais célere ao atendimento do pedido.

Poderão ocorrer situações em que o produto requisitado não se encontre disponível. Nesse caso o fornecedor comunicará o setor de compras e esse comunicará o setor demandante, para que se possa verificar a possibilidade uma nova programação de entrega ou substituição por item equivalente ao solicitado.

A eficiência da comunicação interna do setor encarregado de aquisições com os demais setores do Hospital Estadual de Luziânia é fundamental. Cabe a ele informar qualquer tipo de episódio, referente às compras inerentes àquele setor. O abastecimento do estoque, é, também, tarefa do setor de compras.

Há uma lista meramente exemplificativa de atribuições/responsabilidades mínimas a serem observadas pelo fornecedor:

- a) fornecer os insumos conforme os padrões exigidos pelas NT's;
- b) responder as cotações dentro dos prazos estabelecidos pelo setor de compras;
- c) ter flexibilidade no caso de mudanças nas quantidades e prazos de entrega;
- d) cumprir a legislação pertinente ao processo de compra e venda;
- e) avaliar as notificações referentes a qualquer produto que esteja em desacordo com o contratado, fazendo as devidas correções no prazo estabelecido;
- f) responsabilizar-se de forma ampla e irrestrita pelos bens produzidos ou comercializados na sua empresa, até mesmo, por desvio de qualidade, qualquer que seja, que eventualmente seja identificado no ato do recebimento;

De outra lado, é responsabilidade do IBGC enquanto ocupa o papel de comprador da unidade de saúde Hospital Estadual de Luziânia:

- a) Se guiar pelo princípio da transparência máxima nos seus processos de compra;
- b) guardar observância aos horários definidos para atendimento à representantes e/ou fornecedores;
- c) proceder com o detalhamento devido aos itens a serem adquiridos;
- d) Realizar sempre a melhor compra (vantajosidade na aquisição e qualidade);

- e) Em nenhuma hipótese, utilizar-se do cargo em que está lotado, para obter qualquer tipo de vantagem, seja para o colaborador ou outrem, no processo de compra e contratação;
- f) Não receber qualquer tipo de presente, brinde, favores ou oferta que tenha a capacidade de influenciar as decisões de negócio.

PROCESSO DE COMPRA- REGULARIDADE- NOTA FISCAL

Para o adimplemento da obrigação assumida pelo IBGC na gestão do Hospital Estadual de Luziânia junto aos seus parceiros, e regularidade do processo de compra é de extrema importância que a emissão da nota fiscal dos insumos adquiridos pelo fornecedor ocorra obedecendo a alguns critérios. Tais como:

- Prazo de pagamento previamente combinado;
- Número da ordem de compra;
- Descrição dos insumos (informações de quantitativo, embalagens, preços unitários e preço na totalidade do que foi entregue);
- Lote e validade (quando se tratar de medicamentos);
- Endereço, CNPJ e inscrição estadual da instituição.

Se for detectada qualquer não conformidade na nota fiscal pelo Setor de Compras, o procedimento adotado deverá ser o de contato com o fornecedor para que o mesmo proceda com a regularização da mesma.

Importante também a observação de que não poderão ser aceitas notas fiscais emitidas com data anterior à ordem de compra.

HORÁRIOS DE RECEBIMENTO DE PRODUTOS/INSUMOS NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

SETOR DO RECEBIMENTO	PERÍODO DA SEMANA	HORÁRIOS DE ENTREGA
Almoxarifado	Segunda a Sexta-feira	07 às 17 hs.

Apesar dos horários pré-estabelecidos no quadro acima, todas as entregas, deverão ser realizadas e previamente combinadas com o Setor de Compras, evitando por exemplo choque de horários entre fornecedores.

ATESTES E ANÁLISE DE RECEBIMENTO

Antes da entrega dos insumos, o responsável pelo recebimento deverá proceder com a avaliação de alguns itens, tais como: se a entrega ocorreu no prazo previamente acordado; se o entregador do insumo estava adequadamente vestido para o trabalho; se o veículo em que a mercadoria foi transportada estava em perfeito estado de conservação e com documentação regular; se foi observada consonância entre o disposto na ordem de compra e o efetivamente entregue; se as embalagens estão em perfeito estado ou contêm algum tipo de violação, sujidade ou rasura; o prazo de validade do produto está adequado; à depender do produto entregue, a temperatura de armazenamento do mesmo estava adequada no momento da entrega; a nota fiscal está sem rasuras, sujidade e legível.

Atestada qualquer não conformidade, o colaborador responsável comunicará o Setor de Compras para providências para a devolução total o parcial dos itens.

VISITA TÉCNICA A FORNECEDORES LOCAIS

Com a finalidade de garantir qualidade dos produtos oferecidos ocorrerão em Luziânia e região visitas técnicas a fornecedores.

Tais visitas ocorrerão por equipe técnica especificamente designada para o tipo de produto e fornecedor que se almeja analisar.

Ao longo da visita técnica, algumas informações comprobatórias de cumprimento dos requisitos para ser fornecedor, deverão ser realizadas através de documentação exigida e observação em campo das práticas de atuação do fornecedor.

Os itens serão classificados em críticos e não críticos e a partir daí será determinado a frequência e tipo de análise a ser realizada pela equipe técnica.

Criticidade	Frequência de visitação	Identificação do fornecedor
Críticos	Visitas deverão ocorrer anualmente.	Fornecedores de insumos vitais que impactam diretamente no prognóstico e segurança do paciente.
Não críticos	Visitas ocorrerão conforme deliberação do gestor de cada área.	Fornecedores de produtos e/ou serviços que não impactam na assistência ao paciente
Semicríticos	Visitas ocorrerão a cada 18 meses	Fornecedor de produtos e/ou serviços que impactam de maneira indireta na assistência.

Recomenda-se que além da equipe técnica previamente designada para a visita, haja acompanhamento, quando o caso recomendar, de componente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, além de um componente do SESMT (Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho).

Quando, no curso da visita, forem identificadas não conformidades, deverá ser traçado plano de ação a ser apresentado a Diretoria Administrativa e monitorado pelo setor de responsabilidade de cada insumo, juntamente com o setor de compras.

É direito do fornecedor ser informado do resultado da análise in loco, além de orientações, se for o caso, conforme plano de ação, para adequações, sendo os prazos estipulados de comum acordo entre fornecedor e instituição.

R

PAGAMENTO

O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias corridos, por meio de depósito bancário em conta corrente, contados do recebimento da Nota Fiscal devidamente atestada pelo setor responsável;

Sendo o pagamento realizado mediante depósito em conta corrente, o fornecedor não deverá fazer a emissão de boleto bancário, sob pena de haver cobrança indevida.

Os pagamentos serão efetuados mediante apresentação de nota fiscal devendo o contratado emitir uma nota fiscal específica para cada pedido/instrumento contratual e respectiva entrega efetuada.

Caso a nota fiscal ou fatura tenha sido emitida com inconsistências ou em desacordo com a legislação vigente, será devolvida e o prazo para pagamento será interrompido, reiniciando sua contagem a partir da data em que esta for cumprida e não será devida atualização financeira.

Deverá conter o número de referência do instrumento contratual e da seleção de fornecedores.

Caso algum item constante na nota fiscal esteja não conforme, a instituição liberará a parte não sujeita à contestação, retendo o restante do pagamento até que seja sanado a inconformidade.

ARMAZENAMENTO DE INSUMOS

A armazenagem dos materiais no almoxarifado precisa seguir cuidados especiais para que preservem a qualidade. As regras são definidas de acordo com o sistema de instalação e o layout adotado. Aqui, temos seis fases:

- verificação das condições de recebimento do material;
- identificação do material;
- guarda na localização adotada;
- informação da localização física de guarda ao controle;
- verificação periódica das condições de proteção e armazenamento
- separação para distribuição dos materiais, a qual é preciso ter uma programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

R

No almoxarifado do Hospital Estadual de Luziânia é realizado o armazenamento de todos os insumos recebidos. Quando do armazenamento, deverá ser observado o detalhamento a seguir:

- Área com espaço adequado para acomodar de forma organizada os insumos;
- Produtos armazenados em paletes. O empilhamento de caixas deve respeitar a orientação do fabricante. Não é permitido que os insumos sejam estocados em contato direto com as superfícies (solo, teto, parede).
- O local deve ser de fácil higienização (interior com superfície lisa, sem rachaduras, sem desprendimento de pó), devendo ter rotina de limpeza implantada e monitorada;
- Deve possuir controle de temperatura ambiente e umidade relativa do ar com plano de ação, no caso de oscilações;
- Deve ser fechado e possuir rotina de dedetização a fim de evitar a entrada de roedores, insetos e outros animais;
- Deve possuir método de controle de acesso, de forma a permitir o acesso somente de pessoas autorizadas, além de monitoramento por sistema de câmeras em locais estratégicos (exemplo: entrada principal, sala de fracionamento e guarda de medicamentos controlados e OPME);
- Deve possuir espaço racional para o fluxo de pessoas e materiais;
- Deve possuir um método de estocagem, preferencialmente em ordem cronológica (método PEPS – o primeiro a entrar no estoque é o primeiro a sair);
- Deve possuir sistemática para o monitoramento das validades de medicamentos e insumos;
- Centralizar todo o controle do estoque na área de suprimentos. Para tanto, é necessária ampliação dos horários de dispensação. Esta prática reduz e/ou elimina estoque nas áreas assistenciais e conseqüentemente minimiza o índice de perdas.

INVENTÁRIO

Utiliza-se a contagem periódica de itens como uma forma de realizar os ajustes necessários no estoque físico e organização no sistema ao longo do tempo e minimizar eventuais inconformidades no decorrer dos meses

Tendo em vista a adoção da Curva ABC no que se refere ao inventário, deverá ser realizado mensalmente para os itens da curva A, trimestralmente para itens da curva B e

semestralmente para insumos da classe C, levando em conta também o perfil de consumo específico do Hospital Estadual de Luziânia.

Em caso de se localizar inconsistências entre os dados registrados e as informações da contagem física dos materiais, é preciso avaliar e definir um plano de ação com a finalidade de redução destes erros.

CONTROLE

A finalidade de se controlar o estoque é manter uma vigilância constante de todos os processos, com o objetivo de detecção precoce de eventuais desvios padrões de ações esperadas, e proceder com sua correção de forma imediata, agindo pedagogicamente e não com adoção de penalidades. Indicadores:

- Índice de compra de urgência;
- Índice de compra não padrão;
- Índice de perda por validade;
- Índice de conferência quantitativa e qualitativa.

CHECK LIST PARA CADASTRAMENTO DE FORNECEDOR

Hospital Estadual de Luziânia	CHECK LIST PARA CADASTRO DE FORNECEDORES	Data:
		Código:
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:	Entregue:	Não aplicável ao item:
Ficha cadastral da empresa	()	Obrigatória
Contrato Social com certidão narrativa	()	Obrigatória
Cartão do CNPJ	()	Obrigatória
Nutrição Enteral, Materiais de OPME, Medicamentos, Materiais médicos hospitalares, saneantes, laboratório e químicos		
Autorização de funcionamento pela ANVISA	()	()
Alvará sanitário de funcionamento (municipal)	()	()
Certificado de Responsabilidade Técnica do CRF ou outros	()	()
Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manutenção	()	()
Gêneros alimentícios		
Licença de funcionamento exarado pela Prefeitura Municipal	()	()
Autorização do Serviço de Inspeção Municipal e Certificado de Responsabilidade Técnica	()	()
Alvará sanitário municipal	()	()
Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos	()	()
Prestadores de Serviços		
Certidão Negativa de Falência e Concordata	()	()
Cópia da Inscrição Estadual	()	()
Certificado de Regularidade com FGTS	()	()
Certidão Negativa de Débitos Municipais, Estaduais e Federais, e INSS	()	()
Certificado de Regularidade com a Previdência Social/ INSS- CND	()	()
Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização	()	()
PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais	()	()

() Aprovado () Reprovado

Responsável: _____

R

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Razão Social:	
CNPJ:	Nº do Contrato

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE	
Nome completo:	
Cargo:	Setor:

Autorizo e informo que, a partir da presente data, começam a contar os prazos e condições de fornecimento acordadas.

Responsável pelo Setor de Compras/Diretoria Administrativa

R

Hospital Estadual de Luziânia	CHECK LIST PARA RECEBIMENTO DE INSUMOS	Data:
		Código:
Item de Análise	Em conformidade:	Não aplicável ao item:
A entrega foi realizada no prazo determinado?	()	()
O entregador estava vestido da maneira adequada?	()	()
O veículo que transportou o item estava adequado? (conservação, limpeza e documentação)	()	()
A NF está com os dados corretos?	()	()
Existem não conformidades nas embalagens?	()	()
Existe lote e validade do produto em acordo com a NF e dentro do prazo para consumo?	()	()
As temperaturas estão adequados a necessidade do item?	()	()
Notas fiscais estão apresentadas em bom estado?	()	()

DATA: ___/___/___

Responsável pelo Setor

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

Este Regimento Interno situa-se na perspectiva da organização e sistematização da assistência médico-hospitalar e área administrativa.

O Regimento Interno do Hospital Estadual de Luziânia tem como objetivo a regulamentação do processo de trabalho, adequado à estrutura organizacional. O Regimento consta de capítulos, que tratam da constituição e das finalidades da organização, da competência dos órgãos, das atribuições do pessoal, do funcionamento e das disposições gerais.

Os Capítulos abordam sobre o tema, detalhando as competências e atribuições das Diretorias, Coordenações, Supervisões e Equipes de Trabalho que compõem o hospital.

Almeja-se que o desenvolvimento da gestão e do gerenciamento do hospital, com base neste Regimento Interno, possa produzir avanços significativos em direção à superação de dificuldades na Administração do hospital.

É necessário, portanto, que se aprimorem os mecanismos de controle, avaliação e regulação de cada área de atuação, ao tempo em que se instrumentalize todos os responsáveis para o cumprimento deste Regimento, visando o reordenamento da gestão da atenção hospitalar

CAPÍTULO I – DOS OBJETIVOS

Art. 1º O Hospital Estadual de Luziânia é uma unidade assistencial hospitalar, que tem por objetivo a prestação de assistência a urgência/emergência geral, assistência médica em média e alta complexidade, de forma referenciada nos limites de sua capacidade instalada, em observância ao Termo de Referência, peça integrante do Contrato de Gestão pactuado, de forma humanizada, com qualidade, segurança e respeito ao paciente e colaboradores, conforme definições constantes dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, com atuação nas seguintes áreas:

Especialidades para porta de entrada no Hospital Estadual de Luziânia:

Cirurgia Geral

Clínica Médica

Ginecologia/Obstetrícia

Ortopedia e traumatologia

Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual de Luziânia:

Cardiologia;

Cirurgia Geral;

Gastroenterologia Geral;

Ginecologia;

Infectologia;

Ortopedia e Traumatologia;

Proctologia Geral;

Urologia;

Angiologia e Cirurgia Vascular.

CAPÍTULO II- DAS FINALIDADES:

Art. 2º O Hospital Estadual de Luziânia tem por finalidade :

Desenvolver atividades assistenciais de prevenção e tratamento da doença, bem como de proteção e recuperação da saúde no âmbito das especialidades que lhe compete;

Prestar assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de emergência no âmbito das especialidades que lhe compete;

Promover, prevenir e recuperar a saúde da população dentro da área de abrangência geográfica que lhe compete;

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 3º – O Hospital Estadual de Luziânia tem a seguinte estrutura:



Parágrafo único: A Diretoria Geral é o órgão máximo na estrutura hierárquica e será assessorado pelos seguintes setores:

- Diretoria Administrativa;
- Diretoria Assistencial;
- Secretaria;
- Diretoria Técnica;
- Gerência de Recursos Humanos;
- Gerência Administrativa;
- Gerência Financeira;
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;



- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Comitê de investigação do óbito materno e infantil;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance;
- Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS);

DIRETORIA TÉCNICA

Art 4º: A Diretoria Técnica é subordinada a Diretoria Geral e será órgão representativo dos profissionais médicos na unidade. Será assessorada pelas seguintes coordenações:

- Coordenação de Clínica Médica;
- Coordenação de Clínica Cirúrgica;
- Coordenação de Urgência e Emergência;
- Coordenação do Centro Cirúrgico;
- Coordenação do SADT;
- Assessoria Jurídica;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos CIHDOTT;
- Comitê de Compliance;
- Comissões Temporárias.

DIRETORIA ASSISTENCIAL

Art. 5º A Diretoria Assistencial que será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará a classe de enfermagem no hospital. Será assessorada pelas seguintes coordenações:

- Coordenação Assistencial;
- Coordenação de enfermagem das enfermarias;
- Coordenação de Bloco Cirúrgico Operatório;
- Coordenação de Unidade de Terapia Intensiva;
- Coordenação da Equipe Multidisciplinar.

DIRETORIA ADMINISTRATIVA

Art. 6º A Diretoria administrativa será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará os profissionais de apoio assistencial e logístico no hospital. Será assessorada pelas seguintes coordenações:

- Coordenação de Farmácia Hospitalar;
- Coordenação de Nutrição e Dietética;
- Coordenação de Tecnologia de Informação;
- Coordenação do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Coordenação de Faturamento;
- Coordenação dos Serviços Gerais;
- Supervisão de Engenharia Clínica e Manutenção predial;
- Supervisão de Facilités;
- Supervisão de Lavanderia, Rouparia e Costuraria;
- Supervisão do Patrimônio;
- Almoxarifado.

Parágrafo único: Gerência Administrativa será subordinada à Diretoria Administrativa será o órgão que fará o elo de ligação entre as unidades de apoio e os profissionais de apoio assistencial e logístico no hospital. Será assessorado pelas coordenações já mencionadas.

DA COMPETÊNCIA

Art. 7º A Diretoria Geral compete:

I. coordenar, acompanhar e conduzir as diretrizes e objetivos da política de saúde preconizada para o hospital;

II. coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da Diretoria Técnica Assistencial, Diretoria Administrativa e Financeira, Diretoria do Serviço de Pronto Socorro, Diretoria do Ambulatório Integrado e Gerência de Enfermagem, objetivando a eficiência e a eficácia da organização;

III. coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas Comissões Permanentes, como: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Revisão Prontuários, Comissão de Serviço e Documentação Médica e Estatística, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Análise de

Óbitos, Comissão de Suporte Nutricional Enteral e Parenteral, Comissão Serviço de Apropriação de Custos, Comissão Intra-hospitalar de Transplantes, Comissão de Residência Médica, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética em Enfermagem, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Comissão de Ética em Pesquisa; e Comissões Temporárias, objetivando a articulação e o cumprimento de seus objetivos propostos;

IV. coordenar e acompanhar as ações desenvolvidas através das Assessorias de Planejamento, Jurídica e Unidade de Controle Interno, promovendo a articulação e bom desempenho aos órgãos integrantes da Instituição;

V. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Art. 8º A Secretaria compete:

I. prestar assistência à Diretoria Geral, participando de reuniões para elaboração de Atas e/ou Relatórios;

II. recepcionar as pessoas que procuram a Diretoria, esclarecendo-se sobre o assunto a tratar e encaminhá-las, se for o caso;

III. recepcionar e selecionar a documentação recebida para despacho com o Diretor Geral;

IV. redigir, digitar, receber, encaminhar e arquivar correspondências e documentos da Diretoria Geral;

V. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado

Art. 8º Ao Compliance e Assessoria Jurídica compete:

I. prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades voltadas para o Direito Público, em especial ao Direito Administrativo inerente à área hospitalar;

- II. prestar assessoria à Comissão Permanente de Compras e Licitações, através da emissão de pareceres a respeito da legislação aplicável;
- III. manifestar-se sobre procedimentos sindicantes, requerimentos administrativos, recursos e demais documentos que tenham teor jurídico;
- IV. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- V. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Art. 9º À Assessoria de Planejamento compete:

- I. prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades de planejamento em saúde;
- II. após um estudo da realidade e exame de perspectiva, sugerir definição de metas e prioridades para o planejamento da política de ação do Hospital;
- III. analisar, permanentemente, os aspectos organizacionais e operacionais do Hospital e sugerir medidas para um adequado funcionamento;
- IV. elaborar planos, programas e projetos de trabalho do Hospital;
- V. avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;
- VI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VIII. articular-se com o órgão de planejamento da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (SES/GO), visando à integralidade das ações e serviços no âmbito do Estado;
- IX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Art. 10. A Unidade de Controle Interno compete:

- I. prestar assessoria ao Diretor Geral em assuntos relacionados com as atividades de controle interno;

II. elaborar o Plano Anual de Controle Interno, considerando as áreas a serem avaliadas e controladas, os recursos necessários e disponíveis e o cronograma do plano de trabalho a ser realizado;

III. antecipar-se, preventivamente, ao cometimento de erros, desperdícios, abusos, práticas antieconômicas e fraudes;

IV. realizar revisão de todos os processos administrativos de despesas com pessoal, de compras e serviços, seja na isenção ou por procedimento licitatório;

V. emitir relatórios que reflitam os resultados das avaliações e controles efetuados sobre as informações administrativas e operacionais do hospital;

VI. realizar auditorias periódicas, observando o estoque, a fim de garantir a obediência das normas e a lisura na contagem e no registro dos mesmos;

VII. avaliar periodicamente o sistema de controle interno do hospital, que compreende o plano de organização (organograma e manuais de normas e rotinas) e a política de procedimentos (sistema de autorização e prática de registros), com o objetivo de verificar se há proteção dos ativos, confiança nos dados contábeis, eficiência operacional e adesão às políticas da administração;

VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Art. 11. A Gerência Financeira compete:

- Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades através da Tesouraria, Supervisão de Contabilidade e Setor de Faturamento;
- Executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis, pagamentos e recebimentos;
- Fazer registro diário dos serviços prestados pelo setor;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

- Prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades de planejamento em saúde;
- Analisar, rotineiramente, os aspectos financeiros do Hospital com vistas a sugerir medidas para uma adequada gestão financeira;
- Avaliar e emitir relatório qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;
- Manter contato com a Diretoria Geral objetivando a eficiência dos processos administrativos/financeiros das atividades hospitalares;
- Elaborar e manter atualizado, manual de rotinas e normas próprio.

Parágrafo único: As atividades da Assessoria Financeira serão disciplinadas de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 12 A Contabilidade compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Contabilidade;
- Fazer registro diário dos procedimentos e serviços contábeis prestados;
- Elaborar a proposta orçamentária do hospital;
- Emitir notas de empenho e/ou anulação, bem como liquidação dos mesmos, de acordo com a legislação, mantendo atualizado seu controle;

- Elaborar os registros contábeis;
- Manter o registro das receitas e despesas realizadas através do SIC;
- Enviar a prestação de contas a Secretaria de Estado de Saúde;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Manter contato com a Gerência Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

Parágrafo único: As atividades da supervisão de contabilidade serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 13 A Tesouraria compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela supervisão da tesouraria;
- Proceder diariamente o registro dos pagamentos e recebimentos efetuados e a verificação de saldos existentes em caixa, emitindo boletim financeiro;
- Manter o controle das contas bancárias;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Manter contato com a Gerência Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Art. 14 Ao Faturamento compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Faturamento;
- Fazer registro diário dos serviços prestados nos sistemas próprios (SIS, AIH, BPA, APAC e sistema MV);
- Classificar, conferir e apurar despesas por pacientes, de acordo com os registros no prontuário do paciente, Boletim de atendimento ambulatorial e APAC;
- Classificar as contas;
- Emitir relatórios mensais do quantitativo de faturamento por tipo de cobrança de acordo com o tipo de custo que executou o atendimento;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do prontuário do paciente, equipamento e material utilizado;
- Colaborar com a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Manter contato com a Gerência Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Art. 15 Ao setor de compras compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela supervisão de compras;
- Planejar e programar a aquisição dos materiais e equipamentos, devidamente autorizada pela Diretoria, em articulação com a supervisão de almoxarifado e coordenação de assistência farmacêutica, de conformidade com a política de estoque e as necessidades do hospital, identificando no mercado as melhores condições;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Buscar novas fontes de fornecimento e descobrir novos produtos, visando o aprimoramento dos procedimentos e os métodos através de uma política de compras dinâmica e eficaz;
- Manter boas relações comerciais com os fornecedores, assegurando o cumprimento dos prazos de entrega, através do cumprimento dos prazos de pagamento pela Diretoria;
- Certificar-se de que os materiais adquiridos foram recebidos conforme quantidades e especificações constantes nos Pedidos de Fornecimento de Mercadorias e seus anexos;
- Manter atualizadas as informações cadastrais dos fornecedores;
- Catalogar leis, decretos, portarias e instruções relativas à aquisição de material;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo único: As atividades da supervisão de compras serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 16 A Gerência de Recursos Humano compete:

- Coordenar, planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Gestão de Pessoas e Recursos Humanos;
- Realizar em conjunto com a direção da unidade levantamento das necessidades de pessoal em cada setor do Hospital;
- Manter atualizado o Sistema de Gestão de Pessoas com todas as informações cadastrais e registros de ocorrências dos profissionais do hospital;

- Manter atualizado no Sistema do CNES as informações cadastrais e registros de contratação e desligamento dos profissionais assistências do hospital;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Controlar a concessão de férias e licenças dos profissionais, mediante cronogramas elaborados pelas coordenações e supervisões;
- controlar e apurar a frequência e o horário de trabalho, para fins de elaboração de folha de pagamento e verificação do cumprimento da jornada de trabalho;
- receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes a pessoal lotado no hospital;
- Elaborar escala de férias e licenças, mediante informações fornecidas por cada setor e controlar sua concessão;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Manter contato com a supervisão administrativa, Diretoria Administrativa e financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
- Elaborar o Plano de capacitação de recursos humanos;
- Promover cursos de treinamento e reciclagem do pessoal conforme as demandas dos serviços;
- Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro do hospital visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;
- Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Art. 17 À Comissão de Controle de Infecção Hospitalar compete:

- I. estudar e avaliar, permanentemente, as taxas de infecção hospitalar;
- II. sugerir medidas para controle e diminuição de infecção hospitalar;
- III. auxiliar a Diretoria Técnico-Assistencial no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com o controle e/ou combate à infecção hospitalar.
- IV. verificar, do ponto de vista preventivo, os ambientes e as condições de trabalho no Hospital;
- V. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o controle da infecção hospitalar, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VII. elaborar o regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria; VIII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata

Art. 18 À Comissão Interna de Revisão de Prontuários compete:

- I. propor a atualização de impressos, formulários e modelos específicos do prontuário médico;
- II. zelar pela qualidade do prontuário médico e pela clareza e exatidão dos registros médicos;
- III. promover a avaliação qualitativa e quantitativa dos prontuários médicos, visando o cumprimento das normas do Sistema Único de Saúde;
- IV. sugerir à Diretoria Técnico-Assistencial ou adotar, quando oportuno, medidas corretivas de desvios do padrão do prontuário médico;
- V. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o prontuário médico, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VII. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- VIII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 19 À Comissão de Serviço de Documentação Médica e Estatística compete:

- I. propor a atualização de impressos, formulários e modelos médico-assistenciais;
- II. supervisionar e avaliar a produção de dados estatísticos e dos indicadores de desempenho hospitalares, desde o levantamento do censo diário;

R

- III. avaliar sistematicamente o desempenho da assistência médico-hospitalar, através dos indicadores hospitalares, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;
- IV. estabelecer e fazer cumprir o fluxo da documentação médica no hospital;
- V. supervisionar a manutenção, guarda, conservação e circulação dos prontuários no hospital;
- VI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VII. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- VIII. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata;

Art. 20 À Comissão de Farmácia compete:

- I. estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição, produção, utilização e administração de fármacos e agentes diagnósticos;
- II. elaborar a padronização, promover e avaliar o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos no hospital;
- III. estabelecer condutas terapêuticas;
- IV. fazer estudos clínicos controlados e/ou revisões bibliográficas sobre medicamentos, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica como critério fundamental de escolha;
- V. desenvolver programas de farmacovigilância;
- VI. estabelecer critérios e procedimentos que serão observados para a aquisição de medicamentos não padronizados;
- VII. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com fármacos e agentes diagnósticos, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- VIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- IX. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- X. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 21 À Comissão de Revisão de Óbitos compete:

- I. auxiliar a Diretoria Técnico-Assistencial no estudo, avaliação dos indicadores de mortalidade do hospital;

II. sugerir / adotar, quando oportuno, medidas corretivas, visando manter a taxa de mortalidade hospitalar dentro dos percentuais aceitos, compatíveis com a qualidade da assistência hospitalar;

III. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

IV. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

V. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 22 – À Comissão de Suporte Nutricional, Enteral e Parenteral compete:

I. estabelecer as diretrizes técnicas administrativas que devem nortear as atividades da Comissão e suas relações com o hospital;

II. criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional, a serem encaminhados aos cuidados da Comissão;

III. assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da terapia nutricional parenteral e enteral, visando obter os benefícios máximos dos procedimentos, evitando riscos;

IV. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

V. estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da terapia nutricional parenteral e enteral;

VI. analisar o custo-benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da terapia parenteral e/ou enteral;

VII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

VIII. elaborar regimento interno da Comissão;

IX. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 23. À Comissão de Ética Médica compete:

- I. colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- II. supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitando os preceitos médicos e legais;
- III. fornecer subsídios à Direção visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- IV. após denúncia de práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, instaurar sindicância, instruir e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina;
- V. atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- VI. encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuam no hospital representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- VII. colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- VIII. orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética Médica;
- IX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- XI. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 24 A Comissão de Ética de Enfermagem compete:

- I. colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética de Enfermagem;
- II. divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional;
- III. assessorar a Diretoria Geral e Gerência de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;

- IV. trabalhar junto à equipe de Enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento Ético-profissional, bem como das implicações legais advindas de atitudes antiéticas;
- V. analisar e emitir parecer sobre questões Éticas de Enfermagem no hospital, sempre que necessário;
- VI. orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética de Enfermagem;
- VII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VIII. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- IX. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 25 À Comissão Interna de Prevenção de Acidentes compete:

- I. identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos;
- II. elaborar e implementar o plano de trabalho que viabilize ações preventivas relacionadas à segurança e saúde no trabalho;
- III. controlar a qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como avaliar as prioridades de ação nos locais de trabalho;
- IV. realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho, visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- V. participar das discussões promovidas pelo Hospital para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores, bem como da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- VI. divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VII. requerer ao Hospital a paralisação de máquina ou serviço onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- VIII. colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO e Programa de Previsão de Riscos Ambientais - PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- IX. elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

X. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 26 Às Comissões Temporárias compete:

I. estudar e analisar problemas e situações não previstas na competência das Comissões Permanentes;

II. sugerir soluções ou correção dos problemas ou situações que lhe forem indicadas.

Art. 27. Ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) compete:

- Fortalecer o processo de regulação e gerenciamento de leitos na unidade;
- Atuar como interface entre as Centrais de Regulação (CR) e o hospital;
- Interagir com as equipes da unidade e das CR para a resolução de situação não previstas na pactuação;
- Informar regularmente às CR as atualizações do cadastro da instituição (CNES);
- Disponibilizar a situação dos leitos hospitalares sob regulação em tempo real para as CR, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;
- Centralizar o trabalho da regulação no nível institucional;
- Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar;
- Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;
- Fornecer subsídios para a Direção Geral e Técnica para o adequado gerenciamento dos leitos;
- Sinalizar para a Direção e para as CR as contingências locais que possam comprometer a regulação;
- Acompanhar indicadores gerenciais;
- Monitorar o censo diário;
- Monitorar motivos de retardo na ocupação e desocupação de leitos;
- Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição.
- Avaliação dos resultados e busca por melhorias.

Art. 28 Ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) compete:

- Cumprir e fazer cumprir a PORTARIA GM – 204 de 17 de fevereiro de 2016, que normatiza e estabelece competências para o NHE;
- Atuar como interface entre as vigilâncias epidemiológica Municipal, Estadual e o hospital;
- Investigar e Notificar doenças de notificação compulsória (imediate, semanal e negativa) conforme cada situação;
- realizar vigilância sentinela, conforme norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde, (SVS/MS);
- Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõe a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde;
- Interagir com as equipes da unidade para a realização de busca ativa rotineiras de doenças ou agravos de notificação compulsória, com as respectivas classificação de CID's;
- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o atendimento a população, por meio de programas de educação continuada, para a devida notificação de doenças e agravos que devem ser notificados;
- Emitir mensalmente relatório detalhado com indicadores epidemiológicos, perfil epidemiológico das doenças, agravos e óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor geral para conhecimento, avaliação e medidas pertinentes caso necessário;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar regimento interno da comissão com aprovação da diretoria;

Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Art. 29 A Diretoria Técnica compete:

- I - cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral do hospital;
- II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões: Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva, Coordenação da Clínica Ortopédica, Coordenação da Clínica Médica, Coordenação da Clínica Cirúrgica, Coordenação de Urgência e Emergência; Coordenação do Ambulatório e Coordenação do SADT.

- III. coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;
- IV. coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;
- V. estabelecer, junto aos Coordenadores e Supervisores, critérios para o ingresso de profissionais de saúde, voluntários, nos serviços do hospital que venham contribuir para a melhoria da assistência, ensino e pesquisa;
- VI. estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- VII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- IX. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- X. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XI. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- XII. manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XIII. fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina.

Art. 30 A Coordenação da Clínica Médica compete:

- Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento os cuidados aos pacientes clínicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos nomes no Hospital;
- Emitir pareceres e relatórios, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré - estabelecida;
- Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando a melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;

- Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica;
- Preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletas dados para fins estatísticos;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Primar pelo respeito, ética e responsabilidade com as informações sigilosas passadas pelos pacientes durante as consultas e atividades desenvolvidas na clínica;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo único – As atividades da Clínica Médica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 31 À Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes que apresentem instabilidade grave ou alto risco de instabilidade em um sistema fisiológico principal, visando ao melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

II. decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;

III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VI. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

VII. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

VIII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

IX. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;

X. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XII. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;

XIII. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XIV. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XV. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Unidade de Terapia Intensiva serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 32 À Coordenação da Clínica Ortopédica compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes portadores de patologias ortopédicas e traumatológicas, sejam hospitalizados ou de ambulatório,

e até mesmo os de urgência, desde que transferidos para a clínica, visando o melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

II. emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;

III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VI. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;

VII. elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;

VIII. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;

IX. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

X. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

XI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;

XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XV. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;

XVI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XVII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XVIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Ortopédica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas

Art. 33 À Coordenação da Clínica Cirúrgica compete:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

II. emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;

III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

V. manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VI. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;

VII. elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;

VIII. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;

IX. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

X. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

XI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;

XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XV. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;

XVI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XVII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XVIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Cirúrgica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 34 À coordenação do SADT compete:

I. supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Serviço, visando uma melhor qualidade dos exames de diagnóstico por imagem realizados;

II. observar rigorosamente as normas de proteção contra as radiações;

III. integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;

IV. estabelecer sistema de plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;

V. fazer registro diário dos serviços prestados;

VI. manter contato com a Diretoria Técnico do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

VIII. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;

IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

X. colaborar na humanização do atendimento hospitalar; XI. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;

XII. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

XIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XIV. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação do SADT serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 35 À coordenação de Urgência e Emergência compete:

I. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as atividades assistenciais desenvolvidas na unidade de urgência e emergência, visando um melhor atendimento e à adequada média de permanência dos pacientes no hospital;

II. Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes no Pronto Socorro;

III- Orientar os profissionais de saúde para que seja dada assistência urgente aos pacientes, encaminhando-os para o destino que for determinado pelas normas hospitalares;

IV- Estudar e propor medidas que visem a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares na Urgência e Emergência, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínica e adotar as providências que julgar necessárias;

V. Fazer registro diário dos serviços prestados;

- VI- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VII- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VIII- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- IX. Manter contato com a Diretoria Técnica, objetivando a eficiência administrativa do serviço;
- X. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Urgência e Emergência serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 36 À coordenação de Ambulatório compete:

- I. Cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Geral do hospital;
- II. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do ambulatório;
- III. Monitorar diariamente o tempo de espera de consultas, propor medidas e intervenções para que a jornada do paciente no ambulatório não ultrapasse de 60 (sessenta) minutos, entre seu registro, atendimento e liberação, exceto nos casos que tecnicamente haja justificativa para o prolongamento do tempo;
- IV. Monitorar diariamente o nível de satisfação do usuário com os serviços prestados;
- V. Estudar e propor medidas que visem a melhoria técnica ou administrativa dos serviços ambulatoriais, bem como examinar solicitações e sugestões das Coordenações e supervisões e adotar as providências que julgar necessárias;
- VI. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do ambulatório para os pacientes egressos e de demanda agendada;
- VII. Proporcionar ao SAME através do registro das atividades, condições de coletar dados, para fins de estatística, jurídicos e outros;
- VIII. Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;
- IX. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

R

- X. Fazer reuniões periódicas com todas a sua equipe, registrando em livro as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- XI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;
- XIII. Manter contato com a Direção Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;
- XIV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Ambulatório serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 37 À Gerência Administrativa compete:

- I. Gerenciar, planejar, coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas aos Serviços Gerais (portaria e vigilância, limpeza, lavanderia), supervisão de manutenção de equipamentos e transportes, supervisão de tecnologia da informação, supervisão de lavanderia, rouparia e costuraria, supervisão do almoxarifado e patrimônio, coordenação de nutrição e dietética, Coordenação do serviço de arquivo médico e estatística;
- II. Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;
- III. Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;
- IV. Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médicos - hospitalares nos setores, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- V- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VI. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VII. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa entre os profissionais assistenciais;
- VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

R

IX. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas;

X. Manter contato com a Direção Geral, Técnica e Gerência de enfermagem do hospital objetivando a eficiência assistencial administrativa e logística dos serviços hospitalares;

XI. Fazer cumprir as normas de cada grupo de profissionais subordinados à gerência administrativa.

Parágrafo único – As atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 38 À Coordenação de Serviços Gerais compete:

I. Coordenar, planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos serviços de portaria, vigilância e limpeza;

II. Fazer registro diário dos serviços prestados;

III. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IV. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

V. Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

Art. 39. Ao serviço de Portaria e Vigilância compete:

I. Controlar a entrada e saída dos pacientes, acompanhantes, visitantes e o público em geral no hospital;

II. Controlar a entrada e saída de veículos, e objetos em geral no hospital;

III. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

V. Prestar informações ao público sobre a localização das unidades hospitalares, seus pacientes e profissionais;

VI. Exercer vigilância permanente das dependências de circulação do público, principalmente das entradas e saídas do hospital.

VII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Art. 40. Ao Serviço de Limpeza compete:

- I. Executar a limpeza, visando higiene, nas dependências do hospital, nos móveis e equipamentos em uso, de acordo com as normas e padrões definidos pela CCIH;
- II. Limpar as áreas externas e de circulação do hospital;
- III. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- V. Promover o combate a insetos e roedores nas dependências do Hospital, bem como da adoção de medidas práticas que evitem sua presença;
- VI. Controlar o gasto de material de limpeza, mantendo registro de consumo médio para fins de apuração de custos;
- VII. Efetuar mudanças e organizações, quando solicitado;
- VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- IX. Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

Parágrafo único – As atividades da Supervisão de Serviços Gerais serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 41 À Coordenação de Manutenção Predial compete:

- I. Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- II. Fazer registro diário do serviço prestado;
- III. Operar manter e executar revisão periódica e conserto nas instalações elétricas, de água e esgotos do hospital, colocando-os em condições de operação contínua, confiável, segura e econômica;
- IV. Proceder à limpeza, pintura e/ou recuperação da estrutura física e dos móveis do hospital, mantendo-os em condições de apresentação e funcionalidade;
- V. Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela coordenação;

VI. Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VII. Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. Colaborar pela humanização do atendimento hospitalar;

X. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo único: As atividades da coordenação de manutenção predial serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 42 À Supervisão de Tecnologia da Informação compete:

I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo serviço;

II. Fazer registro diário dos serviços prestados;

III. Gerenciar os sistemas de informática, bancos de dados, intranet e internet do hospital;

IV. Emitir pareceres sobre equipamentos, instrumentos e aplicativos mais adequados ao processamento de dados do hospital;

V. Manter os equipamentos de informática todos inventariados em seus respectivos setores em perfeitas condições de uso;

VI. Proporcionar aos demais setores do hospital os meios os meios necessários ao processamento de dados, com finalidade de gerar informações que venham fundamentar o processo de decisão da Direção do hospital;

VII. Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços do hospital;

VIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar;

IX. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo único: As atividades da Supervisão de Tecnologia da Informação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 42. A Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio;
- II. Receber, conferir, estocar, distribuir e controlar de forma racional o material recebido mediante pedido de fornecimento e das unidades, de acordo com as normas fixadas pela Diretoria Geral e Gerência Administrativa;
- III. Efetuar o registro de entrada e saída de material no sistema de gerenciamento dos estoques, mantendo a Gerência do hospital permanentemente informada sobre os níveis de cada item existente;
- IV. Fazer conferência periódica dos estoques para verificação de saldos, prazos de validade, condições de armazenagem, avarias e obsolescências, efetuando os ajustes necessários e dando baixa se for o caso, conforme autorizado pela Diretoria do hospital;
- V. Obedecer às políticas de estoque adotadas pela Diretoria do hospital;
- VI. Manter o estoque de materiais padronizados no hospital em níveis ideais de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente;
- VII. Atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pelo hospital, e distribuir materiais mediante emissão de Nota de Fornecimento de materiais;
- VIII. Controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais e equipamentos;
- IX. Efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais do Hospital, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes;
- X. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XIII. Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XIV. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo único: As atividades da Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 43 À Coordenação do Serviço Social compete:

- I. realizar estudo sobre as demandas do Serviço Social no setor saúde;
- II. planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do serviço social;
- III. fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. defender a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais no hospital;
- V. democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis no hospital e na rede;
- VI. atuar de forma integrada com as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades sociais dos pacientes;
- VII. promover pesquisa científica em seu campo de atuação e participar dos programas de saúde desenvolvidos no hospital;
- VIII. trabalhar a situação sócio-econômica e cultural dos pacientes, relacionada ao processo saúde-doença;
- IX. colaborar na agilização e racionalização dos leitos hospitalares;
- X. participar de programas de atualização, aperfeiçoamento profissional, capacitação e desenvolvimento em Serviço Social;
- XI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XIII. promover a participação do paciente na assistência hospitalar;
- XIV. promover educação em saúde no hospital;
- XV. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XVI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

R

- XVII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XVIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIX. elaborar manuais de normas e rotinas próprios e do direito e deveres dos usuários, bem como mantê-los atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço Social serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 44 A Coordenação da Equipe Multiprofissional compete:

- I. Coordenar, planejar, supervisionar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades administrativas da área de Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Farmácia Clínica e Nutrição Clínica na UTI, Unidades de Internação e unidade de urgência e emergência, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- II. Garantir assistência dos serviços de Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Farmácia Clínica e Nutrição Clínica aos pacientes internados, através de atendimento humanizado e de qualidade aos usuários, contribuindo de maneira interdisciplinar para com todas as outras equipes.
- III. Prestar assistência conforme legislação vigente no âmbito do exercício profissional e código de ética;
- IV. Realizar o monitoramento dos indicadores da Assistência Multiprofissional;
- V. Emitir parecer sobre assuntos relativos à Assistência;
- VI. Gerar os números para os indicadores de desempenho e qualidade;
- VII. Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse na unidade;
- VIII. Cooperar com as Diretorias da unidade e assessorá-las nos assuntos de sua competência;
- IX. Estabelecer comunicação com a equipe médica e administrativa para alinhamento de situações que se revelem necessárias;
- X. Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas nas unidades;

R

- XI. Acompanhar as atividades junto à Educação permanente;
- XII. Validar escalas de folgas e férias, garantindo o dimensionamento correto da equipe;
- XIII. Acompanhar junto ao gestor imediato e gerência de Recursos Humanos a situação de cada profissional da equipe aos seus respectivos conselhos de classe;
- XIV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- XV. Preencher adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- XVI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XVII. Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial e hospitalar;
- XVIII. Defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema de hierarquia em todas as atividades desenvolvidas;
- XIX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.
- XX. elaborar manuais de normas e rotinas próprios e do direito e deveres dos usuários, bem como mantê-los atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da equipe multiprofissional serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas de cada serviço.

Art. 45 À Coordenação de Nutrição e Dietética compete:

- I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as ações desenvolvidas através da Supervisão de Produção e Supervisão de Dietética;
- II. realizar o planejamento administrativo do S.N.D., coordenando, controlando e avaliando o sistema produtivo dos insumos, visando proporcionar aos comensais uma adequada assistência nutricional, embasada em fundamentos técnico-científicos;
- III. fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;
- IV. colaborar e participar de programas de ensino e pesquisa no campo da Nutrição;
- V. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;

- VI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VIII. manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- IX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Nutrição e Dietética serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 46 À Coordenação de Assistência Farmacêutica compete:

- I. Coordenar, planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Dispensação de materiais e medicamentos;
- II. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área farmacêutica, visando a melhoria de assistência ao paciente;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes ao controle físico e contábil necessários à prestação de conta do hospital;
- VI. Manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes à prestação de conta do hospital;
- VII. Elaborar pedidos de compras de medicamentos de acordo com a política administrativa do hospital;
- VIII. Receber, armazenar, distribuir e controlar medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos de laboratório;
- IX. Controlar de acordo com a legislação vigente, medicamentos que podem levar a dependência física e ou psíquica ou que provoquem efeitos colaterais importantes;
- X. Emitir pareceres técnico-científicos, quando solicitado, sobre medicamentos e outros produtos farmacêuticos.

- XI. Elaborar avaliações fármaco econômicas e gerenciar programas de farmacovigilância e centro de informação de medicamentos;
- XII. Desenvolver atividades de farmácia clínica/atenção farmacêutica;
- XIII. Manipular e preparar soluções desinfetantes e antissépticas distribuindo-as na diluição de uso para todas as unidades;
- XIV. Controlar a qualidade da matéria-prima e do material de envase adquiridos, bem como produtos manipulados no hospital;
- XV. Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.
- XVI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XVII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XVIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIX. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Assistência Farmacêutica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 47 À Coordenação do Serviço de Arquivo Médico e Estatística compete:

I. planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas ao Serviço de Internação e Alta, Serviço de Arquivo, Serviço de Estatística e Serviço de Registro Geral;

II. supervisionar o recebimento, registro e controle do movimento dos usuários e respectivos prontuários, sejam eles das Unidades de Internação ou do Serviço de Emergência, fornecendo dados médicos e administrativos;

III. fazer registro diário dos serviços prestados; IV. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

V. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

VI. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

VIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Arquivo Médico e Estatística serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

DO FUNCIONAMENTO

Art. 48 O Hospital Estadual de Luziânia, será norteado pelas resoluções, regras e normas elaboradas pela equipe gestora do Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada, por este Regimento Interno, pelo regramento jurídico brasileiro e em estrita observância aos princípios éticos e morais.

Este Regimento representa a estrutura de funcionamento dos setores e serviços que compõe o Hospital Estadual de Luziânia e traz em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e institui as normas gerais de funcionamento do serviço.

Parágrafo único: O Hospital Estadual de Luziânia tem suas atividades organizadas e distribuídas em unidades produtivas de serviços especializados, cada unidade é gerenciada por seu gestor, conforme atribuições e definições constantes deste Regimento Interno, em consonância das regras da Carta Magna, Lei federal 8080 de 1990, as diretrizes do Conselho Federal de Medicina, e todas regras pertinentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) e em especial o contrato de gestão pactuado entre a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e o IBGC.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 49 São atribuições do Diretor Geral:

I. dirigir o Hospital, orientando e controlando suas atividades, expedindo normas, instruções e ordens para execução das atividades;

II. participar do planejamento e programação dos acordos, convênios e projetos a serem implantados e desenvolvidos pelo Hospital;

- III. submeter à aprovação superior o plano de ação e a proposta orçamentária do Hospital;
- IV. fornecer orientação técnica-administrativa aos subordinados diretos, garantindo um bom nível de desempenho, mantendo gerência participativa sobre o grupo;
- V. designar os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Interna de Revisão de Prontuários, de Serviço de Documentação Médica e Estatística, de Farmácia e Terapêutica, de Análise de Óbitos e Biópsias, de Suporte Nutricional Enteral e Parenteral, de Serviço de Apropriação de Custos, Intra-hospitalar de Transplantes e de Residência Médica, Interna de Prevenção de Acidentes e de Ética em Pesquisa, salvo aqueles que, por disposição regimental, são natos;
- VI. garantir um bom assessoramento técnico-profissional e administrativo;
- VII. autorizar a divulgação dos trabalhos técnicos do Hospital;
- VIII. baixar portarias, instruções e ordens de serviço, bem como determinar a instauração de processos administrativos;
- IX. indicar os Diretores, Gerente, Assessoria, Coordenadores e Supervisores;
- X. Gerenciar o fluxo de recursos do fundo para pequenas despesas e aquisições emergenciais;
- XI. programar e presidir reuniões com as Diretorias e Gerência;
- XII. homologar, revogar ou anular, conforme o caso, as licitações realizadas pelo Hospital;
- XIII. elogiar e/ou aplicar penas disciplinares, inclusive pena de suspensão aos servidores do Hospital;
- XIV. submeter anualmente ao Secretário Estadual de Saúde o relatório das atividades realizadas.

Art. 50 São atribuições do Diretor Técnico:

- I. dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Técnicos Assistenciais, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
- II. despachar com o Diretor Geral;
- III. baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;

- IV. assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
- V. distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
- VI. Consultar e propor ao Diretor Geral penalidades aplicáveis aos colaboradores;
- VII. zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;
- VIII. proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
- IX. comunicar ao Conselho Regional de Medicina – CRM quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o médico responsável pelas suas omissões;
- X. participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
- XI. convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
- XII. elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
- XIII. requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário

Art. 51. Caberá ao gerente administrativo:

- I. Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos serviços administrativos, logísticos e de apoio assistenciais, cumprido e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
- II. Despachar com o Diretor Geral e Diretor Técnico;
- IV. baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;
- V. assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência; VI. distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço; VII. elogiar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos servidores;
- VIII. zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;
- IX. proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
- X. participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
- XI. convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;

- XII. elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
- XIII. requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação bem como providenciando reposição, quando necessário;

Art. 52 São atribuições do gerente assistencial:

- I. dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços de Urgência e Emergência, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
- II. despachar com o Diretor Geral;
- III. baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;
- IV. assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
- V. distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
- VI. elogiar e propor ao Diretor Geral elogios e penalidades disciplinares aos profissionais;
- VII. zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;
- VIII. proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
- IX. Comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando portanto, o enfermeiro responsável pelas suas omissões, bem como demais conselhos;
- X. participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
- XI. convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
- XII. elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
- XIII. requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Art. 53 São atribuições dos Coordenadores e Supervisores:

- I. coordenar, supervisionar e controlar e avaliar as atividades dos Serviços, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

II. distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

III. assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

IV. zelar pela disciplina e fiscalizar as atividades sob sua responsabilidade;

V. organizar e submeter à aprovação do superior imediato a escala de férias dos servidores;

VI. propor medidas adequadas à boa execução dos serviços;

VII. proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

VIII. propor ao superior imediato elogio ou aplicação de penalidade aos servidores subordinados;

IX. participar de reuniões promovidas pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;

X. promover reuniões com os seus colaboradores para apreciação de sugestões e aperfeiçoamento de métodos de trabalho;

XI. coordenar / supervisionar o registro diário dos serviços prestados e elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentar ao Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;

XII. requisitar material e equipamento para uso do Serviço, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Art. 54 São atribuições dos profissionais de qualquer área:

I. cumprir o horário e as obrigações contratuais e funcionais;

II. manter-se em seu local de trabalho, ausentando-se somente a objeto de serviço ou quando autorizado;

III. executar as tarefas que lhe forem determinadas;

IV. tratar com humanidade pacientes, colegas de trabalho e superiores hierárquicos, bem como as pessoas que procurem o Hospital, defendendo a observância dos Direitos e Deveres destes;

V. zelar pelo patrimônio do Hospital;

VI. comunicar à chefia imediata irregularidades de serviços de que tiver conhecimento;

VII. obedecer aos respectivos Códigos de Ética Profissional;

VIII. participar de comissões;

IX. aguardar em serviço a chegada do substituto;

X. evitar a divulgação entre estranhos de assuntos internos dos serviços;

XI. participar de reuniões, quando convocado;

XII. executar as atribuições delegadas.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 55 Os casos que não forem contemplados neste Regimento Interno deverão ficar à cargo de resolução pelo Diretor Geral. Caso seja necessário, deverá ser ouvido ainda o Diretor Técnico e/ou a Comissão de Ética Médica ou a Comissão de Ética de Enfermagem. Se for o caso poderá ser designada Comissão temporária para enfrentamento do tema omissis.

Art. 56 Sempre que necessário, deverá ocorrer a revisão e reforma deste Regimento Interno.

R

PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Este regimento é o reflexo da estrutura diretiva do Serviço de Enfermagem do Hospital Estadual de Luziânia e retrata, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e políticos da Enfermagem e institui as normas gerais do funcionamento do Serviço.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE E OBJETIVO

Art. 1º- O Serviço de Enfermagem tem por finalidade desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência, ensino, pesquisa e administração, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como do sujeito de suas ações.

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem terá como objetivos:

1. Prestar atendimento de enfermagem em regime de internação utilizando-se de método assistencial.
2. Buscar a valorização do trabalho e do trabalhador, através de estratégias e programas voltados à pesquisa, a formação continuada e a organização profissional.
3. Desenvolver o seu processo de trabalho de forma participativa e interdependente.
4. Assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível.
5. Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem.
6. Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 3º - O Serviço de Enfermagem, será subordinado diretamente à Diretoria Técnica, possuirá administração própria e autonomia profissional, sobre as quais manterá autoridade e responsabilidade. Será liderado exclusivamente por Enfermeiro, com experiência comprovada em liderança e gerenciamento.

Art.4º - O Serviço de Enfermagem tem a seguinte estrutura:

1. Setor de Internação;
2. Setor de Materiais e esterilização (CME)
3. Ambulatório Geral
4. lavanderia e Higienização

Art. 5º - O quadro funcional do Serviço de Enfermagem está assim classificado:

1. Coordenador Geral de Enfermagem
2. Coordenador de Setor
3. Enfermeiros Assistenciais
4. Técnicos de Enfermagem
5. Auxiliares de Enfermagem
6. Maqueiro

Art. 6º - A Gerência de Enfermagem será a instância máxima administrativa na organização da Enfermagem, possui caráter executivo, sendo responsável ainda, pelo planejamento, coordenação e avaliação da assistência de enfermagem do Hospital Estadual de Luziânia.

Art. 7º - O Coordenador Geral de Enfermagem será o representante do Serviço Enfermagem perante as demais lideranças, será o elo com as atividades de ensino, pesquisa e extensão, nele desenvolvidas.

Art. 8º - A Gerência de Enfermagem será ocupada por enfermeiro com experiência mínimo de 02 (dois) anos em gerenciamento e liderança em enfermagem, devendo exercer suas funções em regime de 8 horas diárias até o limite de 44 horas semanais.

Art. 9º - O Coordenador Geral de Enfermagem em seus impedimentos será substituído por um dos Enfermeiros Coordenadores de Setor, por ele indicado .

Parágrafo Único - Os impedimentos a que se refere este artigo são os seguintes: Férias; Licenças regulamentadas em Lei, não superiores a seis meses; Participação em eventos; Viagens a serviço.

Art. 10º - Serão constituídas comissões de assessoramento e/ou auditoria do Serviço de Enfermagem, podendo ser de caráter permanente ou temporário.

Parágrafo Único - As comissões de caráter temporário serão designadas pela Diretoria de Atenção à Saúde, por tempo determinado para atuarem em situações específicas.

Art. 11º - A Comissão Permanente do Serviço de Enfermagem é a Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

Art. 12º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidade educativa, opinativa, consultiva, fiscalizadora e de assessoramento nas questões éticas do exercício profissional, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração. Possui regimento próprio devidamente legitimado pelo Serviço de Enfermagem e aprovado pela Direção Técnica.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13º - A Gerência de Enfermagem compete:

1. Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de pessoal de Enfermagem necessário para atender às necessidades organizacionais da unidade, do próprio serviço, satisfazer as necessidades básicas dos clientes que estiverem sob seus cuidados;
2. Promover o desenvolvimento da equipe e da assistência de Enfermagem, através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, com o objetivo de preparar o pessoal não habilitado e promover a atualização dos profissionais em serviço;
3. Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes e à comunidade.
4. Implantar e implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem.
5. Administrar os recursos humanos de Enfermagem de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade.

Art. 14º - Compete ao Setor de Internação leito/dia:

1. Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, levantando as necessidades básicas dos pacientes, planejando as atividades de enfermagem de forma integral, personalizada e humanizada;

2. Recuperar, manter e promover a saúde através do ensino do autocuidado, tornando o paciente o mais independente possível dessa assistência;
3. Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agilizem a recuperação do paciente;
4. Documentar todos os eventos observados e cuidados ministrados de forma a oferecer subsídios para a atuação dos demais profissionais da área de saúde e uma assistência baseada no cumprimento de princípios éticos e legais;
5. Colaborar com a CCIH para que sejam cumpridos os protocolos vigentes no hospital;
6. Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

Art. 15º - Compete à Central de Materiais e Esterilização (CME):

1. Receber, preparar, esterilizar, guardar e distribuir material esterilizado e instrumentais usados nas Unidades;
2. Fazer o controle quantitativo e qualitativo de todos os materiais encaminhados aos setores;
3. Realizar testes de segurança de esterilização.
4. Colaborar com a CCISS (Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) e com o SCISS (Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na unidade.
5. Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

Art. 16º Compete ao Setor de Higienização:

1. Preparar o ambiente para suas atividades.
2. Manter a ordem do ambiente.
3. Conservar equipamentos e instalações.
4. Assegurar recursos humanos e materiais necessários a higienização do ambiente.
5. Interagir com a equipe multidisciplinar, de forma a melhor atender o paciente.



6. Colaborar com a CCISS (Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) e com o SCISS (Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na Unidade.
7. Monitorar a revisão dos equipamentos pelos técnicos responsáveis para mantê-los em condição de uso, junto ao setor de manutenção.
8. Prever, prover e controlar os materiais e saneantes necessários ao seu funcionamento.
9. Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agilzem a recuperação do paciente.

Art. 17º - Compete à Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn):

1. Constituir-se obrigatoriamente de acordo com a Resolução COFEN - 172 (1994), que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas Instituições de Saúde;
2. Representar o COREN-GO na instituição, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do Exercício Profissional e Ético dos profissionais de enfermagem;
3. Garantir a conduta ética dos profissionais na unidade;
4. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na unidade, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
5. Notificar ao COREN-GO as reivindicações, irregularidades, sugestões e as Infrações éticas.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

Art. 18º - Classificação das categorias profissionais:

1. Enfermeiro RT /Coordenador Geral de Enfermagem
2. Enfermeiros Coordenadores de Setor
3. Enfermeiros Assistenciais
4. Técnico de Enfermagem
5. Auxiliar de Enfermagem

6. Auxiliar Administrativo

7. Maqueiro

Art. 19º - Requisitos necessários e atribuições aos cargos discriminados acima:

1. Enfermeiro RT / Gerente do Serviço de Enfermagem: Registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; Estar quite com o Órgão de Classe; Possuir Certidão negativa; Enfermeiro do quadro permanente com Experiência profissional comprovada em gerenciamento e liderança em enfermagem.

2. Enfermeiro Coordenador de Setor: Possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; Estar quite com o Órgão de Classe; Conhecimento específico comprovado para liderança do Setor. Analisar e avaliar qualitativa e quantitativamente os serviços realizados pela equipe das áreas sob sua responsabilidade. Participar das reuniões da CCISS e do CTGRSS. Zelar pelo patrimônio e imagem da unidade. Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais. Elaborar com a coordenação responsável a necessidade de materiais e equipamentos para uso na assistência de sua responsabilidade. Manter a Diretoria de Atenção à Saúde informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com as áreas de sua responsabilidade. Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da própria equipe de trabalho das áreas sob a sua responsabilidade. Motivar a equipe para uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada. Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe. Convocar e presidir reuniões com as enfermeiras coordenadoras; manter uma integração com os demais serviços para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente.

3. Enfermeiro Coordenador de Setor: Conduzir a passagem de plantão na unidade de internação leito/dia, no período da manhã, com a participação do Enfermeiro Assistencial e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Observar: Evolução clínica dos pacientes, Medicamentos pendentes (observar as justificativas), Materiais em falta, Problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção, problemas com acompanhantes e outros); supervisionar a passagem do CME; observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme necessidades. Observar o livro de ocorrências da Enfermeira e dos Auxiliares (Assinar registrar o número do COREN). Observar as solicitações de exames e encaminhá-las. Solicitar diariamente os materiais e medicações necessárias. Realizar uma ronda



na unidade, avaliando a dinâmica do trabalho. Com o Enfermeiro Assistente, avaliar a assistência de Enfermagem prestada aos pacientes internados em leito/dia, identificando as necessidades e dando as orientações necessárias. Nesse momento, verificar o tempo de permanência dos pacientes e pendências relacionadas à internação leito/dia. Evoluir os pacientes, com o (a) enfermeiro (a) assistencial. Verificar os equipamentos da unidade: funcionamento, os que estão em uso, os emprestados, a limpeza e conservação dos mesmos. Verificar a validade do material do CME. Observar as necessidades de ajustes na escala mensal: solicitações de trocas, atestado médico, atestado de comparecimento, folgas, justificativas de faltas. laborar distribuição dos auxiliares para o período da tarde. Viabilizar exames: marcação, cobrar resultados, observar preparo. Orientar os pacientes sobre o preparo dos exames. Conduzir a passagem de plantão (manhã para a tarde). Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme a necessidade. Controlar entorpecentes e carro de emergência. Observar os encaminhamentos de: exames, consultas, retornos. Realizar reposição dos impressos. Conferir materiais solicitados ao almoxarifado e supervisionar a conferência do auxiliar de enfermagem ou auxiliar administrativo das medicações enviadas pela farmácia para os pacientes internados, conforme a prescrição médica do dia. Dirigir-se a sala do (a) Coordenador Geral de Enfermagem: Passar o plantão; Registrar as ocorrências em livro reservado para este fim. Realizar treinamento em serviço. Elaborar a escala mensal dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem e encaminhá-las para conferência do (a) Gerente Operacional de Enfermagem Lançar no Sistema os indicadores citados no item. Participar diretamente no processo seletivo dos futuros funcionários do serviço de higienização realizando curso de atualização e aplicando prova de seleção. Realizar avaliação de desempenho semestral. Participar das reuniões da CCISS quando o assunto pertinente for higienização. Participar das reuniões do CGRSS. 23. Participar do processo de padronização dos saneantes. Realizar reuniões trimestrais com a equipe, a fim de comunicar mudanças de rotinas, ouvir críticas e sugestões.

4. Enfermeiro Assistencial: Fazer o histórico de enfermagem na admissão do paciente. Fazer o diagnóstico de enfermagem dos pacientes sob a sua responsabilidade. Fazer as evoluções dos pacientes sob a sua responsabilidade. Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade. 5. Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves. Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade. Participar da passagem de plantão no início do turno. Visitar os pacientes, conferindo os mesmos, com o censo eletrônico impresso e o relatório de enfermagem. Passar para o Enfermeiro Principal as necessidades relacionadas aos pacientes internados. No início do

f

período, iniciar o relatório de enfermagem. Apraziar as medicações ou conferir o aprazamento eletrônico, observando a prescrição da véspera e realizando as modificações necessárias. Realizar as admissões. No final do período, fechar o relatório e realizar o registro das ocorrências. No final do período, participar da passagem de plantão; emitir novo censo da unidade. Repor o carro de emergência, quando necessário, e diariamente realizar a conferência do lacre no impresso apropriado.

5. Técnico de Enfermagem: Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão. Admitir e orientar os pacientes na unidade. Executar o plano de assistência elaborado pela enfermeira. Prestar assistência de enfermagem a pacientes graves sob a supervisão enfermeira. Fazer o registro das anotações de enfermagem e das atividades executadas

6. Auxiliar de Enfermagem: Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão. Admitir e orientar os pacientes na unidade. Executar os cuidados de enfermagem planejados. Proporcionar conforto ao paciente por meio dos cuidados de higiene. Preparar os pacientes para cirurgia e/ou exames complementares. Prestar assistência no período pós-operatório. Comunicar à enfermeira as alterações observadas no estado geral dos pacientes. Fazer registro, anotação de enfermagem, das atividades executadas.

7. Maqueiro: Realizar o transporte do paciente com segurança entre as unidades de atendimento.

CAPÍTULO VI - DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 20 ° - O Serviço de Enfermagem do Hospital Estadual de Luziânia manterá plantão durante 24 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes.

Art. 21° - O Serviço de Enfermagem do Hospital Estadual de Luziânia obedecerá aos seguintes turnos de trabalho:

I. Unidade de internação: 7 h às 19 h, 19 h às 7h

II. Unidade de ambulatório: 7 hs às 19 hs.

Parágrafo único: O horário de trabalho nas unidades administrativas poderá variar de acordo com a necessidade do serviço.

Art. 22º Todo trabalhador do Serviço de Enfermagem deverá ser apresentar ao trabalho devidamente trajado e no horário determinado em escala: jaleco; roupas brancas, não transparentes, não apertadas; sapato fechado; cabelo preso; unhas curtas e sem adornos.

Art. 23º O empregado poderá prorrogar o seu plantão, em casos de situação extraordinária, sendo autorizado somente pela Gerência Assistencial ou Coordenador de Enfermagem.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24º Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN-GO.

Art.25º - Anualmente os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar, ao Setor de Recursos Humanos (RH), comprovante de quitação da anuidade do COREN-GO.

Art.26º - Os profissionais do Serviço de Enfermagem não poderão receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art.27º O profissional não poderá deixar o ambiente do trabalho uniformizado;

Art. 28º Este Regimento poderá ser revisado e alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem.

PROPOSTA DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COM VISTA AO
CONTROLE GERENCIAL DA UNIDADE E MELHORIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

Os sistemas informatizados de gestão hospitalar são fundamentais na operacionalização de uma unidade de saúde do porte do Hospital Estadual de Luziânia.

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 hospitalar 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 um hospital, 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 hospitalar.

Os hospitais estão entre os organismos mais complexos de serem administrados. Neles estão reunidos vários serviços e situações simultâneas: hospital 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 um software de Enterprise Resource Planning (ERP), ou em português, Sistemas Integrados de Gestão Empresarial (SIGE), que tornará possível o controle informatizado de todos os processos do ambiente hospitalar.



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 ERP, 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 hospitalares 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 hospital. 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 e administrar seus recursos de informação, que constituem requisito essencial para a produção eficiente de serviços de saúde de alta qualidade. (LAVERDE, 2010, p. 332)

Os sistemas de informações hospitalares visam gerenciar todos os processos envolvidos no ambiente hospitalar, automatizando os atendimentos, o gerenciamento e o controle das ações assistenciais e administrativas do hospital.

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 ERPs 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 hospitalares.

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;
- Classificação de risco;
- Pronto Atendimento;
- Central de agendamento de consultas, exames, sessões e tratamento;
- Ambulatório;
- Internação;
- Centro cirúrgico;
- Posto de enfermagem;
- Prescrição eletrônica ao paciente;
- PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente;
- CCIH – Controle de Infecção Hospitalar;
- Laboratórios de Análises Clínicas;
- Diagnóstico por imagem;
- Faturamento Internação SUS (BPA E APAC);

- Faturamento Internação SUS (AIH);
- Patrimônio;
- Agência Transfusional;
- 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;
- 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 aprazamento 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;



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- a) O sistema deve permitir que seja configurado qual protocolo de classificação de risco é utilizado pela instituição;
- b) O sistema deve possuir carregado em sua base o Protocolo Humaniza SUS e Protocolo de Manchester;
- c) O sistema deve permitir que seja configurado qual processo será utilizado no fluxo de atendimento do paciente no Pronto Socorro;
- d) O sistema deve permitir configurar quais sinais vitais serão registrados no processo de triagem e classificação de risco;
- e) O sistema deve dispor de configuração de qual faixa de horário do dia será realizado a triagem e a classificação de risco do paciente no Pronto Socorro;
- f) O sistema deverá estar integrado aos totens de emissão de senha e aos painéis eletrônicos de atendimento e chamada;
- g) O sistema deve dispor de mecanismo que permita o usuário acionar através do sistema o painel de atendimento e chamada do paciente para o processo de classificação de risco e triagem;
- i) O Sistema deve dispor tela com a relação de todos os pacientes que estão aguardando para serem triados e classificados e o tempo de espera em minutos de cada um dos pacientes;
- j) O sistema deve permitir que seja registrado o acolhimento com o registro da identificação do Nome do Paciente, Idade ou Data de Nascimento, Sexo e Cidade;
- l) O sistema deve permitir fazer o registro da abordagem inicial, informando a queixa principal, observações em relação a queixa principal, alergias do paciente e também as reações em relação as substâncias ao qual o paciente é alérgico;
- m) O sistema deve permitir fazer o registro dos sinais vitais do paciente que está em triagem e classificação de risco;
- n) O sistema deve permitir escolher o sintoma de acordo com o protocolo de triagem e classificação de risco adotado pela instituição;

- o) De acordo com o sintoma o sistema deve sugerir automaticamente quais itens devem ser avaliados durante a triagem do paciente;
- p) O sistema deve permitir fazer o registro da avaliação de Glasgow no processo de triagem e classificação de risco;
- q) O sistema deve disponibilizar tela para registrar a intensidade da dor do paciente através de uma régua de escala de dor;
- r) Após a definição do grau de prioridade do paciente, o sistema deve atribuir automaticamente a cor correspondente ao protocolo utilizado como também o tempo máximo de espera para atendimento médico;
- s) O sistema deve permitir fazer o registro de reavaliação do paciente;
- t) O sistema deve permitir fazer o encaminhamento para atendimento da assistente social dos pacientes triados e que não caracterizaram Urgência e Emergência;
- u) No processo de triagem e classificação de risco o sistema deve sugerir a especialidade que o paciente deverá ser encaminhado;
- v) O sistema deve disponibilizar opção e fazer a impressão da ficha de triagem com todas as informações registradas durante o processo no Pronto Socorro;
- x) O sistema deve disponibilizar a opção de fazer a impressão da ficha de triagem e classificação de risco;
- y) O sistema deve estar integrado com a solução de distribuição de senhas e dos painéis de chamada;

PRONTO ATENDIMENTO

- a) O sistema deverá ser totalmente integrado aos sistemas de emissão de senha, painel de atendimento, acolhimento e classificação de risco, controle de salas e gestão de fluxo do paciente;
- b) O sistema deve possuir dispositivo que permita que a recepcionista selecione uma senha em uma lista de senhas disponíveis para atendimento e faça a chamada do paciente de forma eletrônica, para que seja realizado o registro do atendimento do mesmo;

- c) Ao acionar o dispositivo eletrônico de chamadas, o painel de chamadas deverá apresentar aos pacientes em espera, qual guichê de atendimento administrativo os mesmos deverão se encaminhar;
- d) Ao iniciar o atendimento do paciente, a recepcionista deverá executar uma pesquisa na base de dados de pacientes do hospital para verificar se o mesmo já possui cadastro na instituição. A pesquisa poderá ter no mínimo 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 de um novo cadastro;
- i) O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento.
- j) 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;

R

- 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;
- Grau de Instrução; - Religião;
- Etnia; - Naturalidade;
- Nacionalidade;
- Fotografia do Paciente; - Captura da biometria do paciente;

l) O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde; O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

m) O sistema deverá permitir ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento com as seguintes informações:

- Data; - Hora;
- Médico; -
- Tipo de Atendimento;
- Procedimento
- CBO - Serviço;

- Tipo de Paciente;

- Local de Procedência;

- Destino;

- Especialidade;

- Responsável pelo Paciente;

n) Deverá existir a possibilidade de ser configurado/habilitado quais campos terão o preenchimento automático na tela do registro de atendimento, evitando assim que os usuários tenham que preencher alguns campos;

o) 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 Emergência;

o) O sistema deve abrir automaticamente no faturamento a conta do paciente e fazer o lançamento dos procedimentos (consulta médica) no BPA, identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e também o setor executante;

p) O sistema deverá permitir executar o registro de encaminhamento dos pacientes aos leitos de observação;

q) O sistema deverá permitir registrar a transferência de leitos do paciente na observação;

r) O sistema deverá permitir registrar ocorrências e fatos relevantes ocorridos durante o atendimento do paciente;

s) O sistema deverá possuir opção para a exclusão do atendimento registrado ao paciente;

t) O sistema deverá possuir opção para registrar a transferência de médico no pronto atendimento e emergência;

u) O sistema deverá possuir opção para a alteração do tipo de atendimento;

v) O sistema deverá possuir opção para a alteração do atendimento do paciente;

- x) O sistema deverá possuir opção para registrar a alta do paciente no atendimento de emergência;
- y) O sistema deverá possuir opção para registrar o diagnóstico do paciente no atendimento de emergência;
- z) O sistema deve possuir tela para consulta de atendimentos anteriores do paciente; O sistema deve possuir tela para consulta somente dos atendimentos na emergência de uma determinada data;
- a1) O sistema deve possuir tela com gráfico da quantidade de pacientes atendidos por hora em um determinado período;
- a2) O sistema deve possuir tela para que o usuário possa consultar a situação atual dos leitos de observação, como também visualizar a ocupação de cada um deles (paciente, médico, CID, convênio) e ainda visualizar de forma gráfica o status de cada um dos leitos;
- a3) O sistema deverá dispor de relatório estatísticos de atendimentos por: Bairro, Cidade, Médico, Especialidade, Faixa Etária, Motivo de Atendimento, Origem e Usuário;

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 seleccione a senha em uma lista de atendimento e faça a chamada do paciente de forma eletrônica, para que seja realizado o atendimento do mesmo;
- d) O sistema deve permitir a recepcionista possa 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;

R

- 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 do hospital 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;
- ii) 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;

INTERNAÇÃO

- O sistema deve permitir o registro de admissão de internações eletivas e de urgência.
 - O sistema deve gerar automaticamente a pré-internação do paciente a partir do agendamento de uma cirurgia como também da solicitação de internação de pacientes da urgência e emergência com no mínimo as seguintes informações:
 - Paciente;
- Telefone; - Código do Aviso de Cirurgia;
- Data da Previsão de Internação;
- Cidade;
- Data da Previsão de Alta;
- Origem;
- Médico;

- Especialidade;
- Procedimento;
- CID;
- Tipo de Acomodação;
- Tipo de Internação;
- Leito;
- Serviço;
- Observações;

- O sistema deve permitir registrar o cadastro da pré - internação do paciente clínico eletivo, ou seja, dos pacientes que não possuem nenhum agendamento de cirurgia previsto como também oriundos da emergência, com no mínimo as seguintes informações:

Paciente;

- Telefone;
- Código do Aviso de Cirurgia;
- Previsão de Internação;
- Cidade;
- Previsão de Alta;
- Origem;
- Médico;
- Especialidade;
- Procedimento;
- CID;
- Tipo de Acomodação;
- Tipo de Internação;
- Leito;

- Serviço;

- Observações

- O sistema deve estar totalmente integrado a agenda de cirurgias eletivas do centro cirúrgico e com as pré-internações clínicas.
- O sistema deve disponibilizar tela que apresente lista de todos os pacientes com previsão de internação para a data selecionada, o sistema deve apresentar indicação em tela se o paciente possui pendências que podem impedir seu atendimento ou que sirvam de alerta para o setor de internação;
- A partir da tela de previsões de internações o sistema deve apresentar uma lista com todos os pacientes que estão previstos para internação na data selecionada, usuário poderá selecionar um dos pacientes que está disponível na lista para registrar e efetivar a internação do mesmo;
- O sistema deve dispor também de recurso para registro de internações de pacientes que não estão programados para hospitalização e conseqüentemente não estão disponibilizados na tela de previsão de internação;
- A recepcionista deverá dispor de funcionalidade para realizar busca do cadastro de pacientes, executando uma pesquisa na base de dados para verificar se o paciente já possui registro na instituição.
- A pesquisa terá que ser no mínimo com as seguintes opções:
 - Prontuário (matricula)
 - Nome;
 - Sobrenome;
 - Data de Nascimento;
 - CPF;
 - Nome da Mãe;
 - Biometria
- A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca; 9 . 8 O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada; O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada;

- O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa; No processo de internação o usuário poderá acessar a tela de cadastro/registro do paciente para atualização de informações ou então a abertura de um novo prontuário.
- O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento do hospital 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; - CPF; - Cartão Nacional de Saúde; - Estado Civil; - Endereço; - Número e Complemento; - Bairro; - Cidade; - CEP; - Telefone Residencial; - Telefone Celular; - E-Mail; - Local de Trabalho; - Profissão; - Classe Econômica; - Grau de Instrução; - Religião; - Naturalidade; - Nacionalidade; - Fotografia do Paciente; - Registro da Biometria do Paciente;
- O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde; O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- O sistema deverá possuir tela que permita o usuário realizar, após o cadastro ou a atualização dos dados demográficos do paciente o registro do atendimento de internação com no mínimo as seguintes informações: - Origem; - Data; - Hora; - Médico; - Convênio; - Plano; - Procedimento; - CID; - Serviço; - Tipo de Internação - Caráter de Internação; - Tipo de Paciente; - Enfermaria; - Leito; - Tipo de Acomodação; - Serviço - Especialidade; - Responsável pelo Paciente;
- Caso o atendimento tenha sido eletivo, e o mesmo está relacionado a uma pré-internação os campos da tela de internação devem ser preenchidos automaticamente com as informações fornecidas pelo processo de pré-internação;
- O sistema deve permitir fazer a emissão dos seguintes documentos: - Etiqueta de Identificação com Código de Barras; - Termo de Responsabilidade; - Anamnese de Internação;
- Ao registrar o atendimento do paciente o sistema deverá abrir automaticamente a conta do atendimento no sistema de faturamento de AIH;

- O sistema deve permitir ao usuário fazer o registro durante a internação das alergias do paciente a determinadas substâncias, informando além da substância a reação alérgica do paciente em contato com a mesma;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a transferência do paciente entre leitos de uma mesma enfermaria ou de outra enfermaria, informando motivo da transferência;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a transferência do paciente para o Centro Cirúrgico e RPA;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a alta médica do paciente informando o motivo de alta, data, hora, diagnóstico (CID10), observação e Procedimento CIH. Caso o motivo da alta seja óbito o sistema deve conter campos para informar número da declaração de óbito, setor do óbito;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a alta hospitalar do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a alta administrativa do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar o cancelamento da alta hospitalar do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar o cancelamento da alta médica do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar e fazer a gestão da programação de alta dos pacientes;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar o acompanhante do paciente internado;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a transferência do médico assistente do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a liberação e interdição de leitos; O sistema deve permitir ao usuário registrar a exclusão de atendimentos;
- O sistema deve disponibilizar a opção para que o sistema opere com a gestão centralizada e descentralizada de leitos;
- O sistema deve gerar automaticamente uma solicitação de leitos ao setor competente quando for agendada uma cirurgia, solicitado uma internação na urgência ou quando for cadastrada uma pré-internação;
- O sistema não deve permitir registrar uma transferência de leitos direta quando o sistema estiver configurado para gestão centralizada, neste caso o sistema deve disponibilizar a opção de solicitação de transferência de leitos;
- Quando for registrada uma solicitação de transferência de leitos, a mesma deverá ser visualizada na tela de gestão de leitos, para que o usuário responsável pela gestão de

leitos possa verificar a disponibilidade dos leitos, baseado no mapa de leitos e dessa forma possa reservar um leito com as características solicitadas pelo usuário;

- Ao ser atendido a solicitação pela central de leitos o status da solicitação deve ser alterado automaticamente de "solicitado" para "atendido";
- O sistema deve permitir que o usuário somente efetive a transferência de leito após o atendimento da solicitação pela área de gestão de leitos e para o leito que foi reservado;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar as pendências do paciente. As pendências registradas uma vez devem emitir alertas aos usuários quando for ser registrado qualquer tipo de atendimento para o paciente dentro da instituição;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar as baixas de pendências do atendimento do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar e acompanhar a evolução de todos os contatos realizados durante o atendimento de um paciente realizados, sejam eles com o próprio paciente, com o médico, com secretária de saúde, com o fornecedor de OPME ou com o acompanhante;
- O sistema deve disponibilizar a opção para a emissão do laudo de AIH do paciente hospitalizado;
- O sistema deve disponibilizar a opção para o registro do diagnóstico do paciente baseado na tabela CID 10;
- O sistema deve disponibilizar a opção para o registro de controle de visitas do paciente;
- O sistema deve disponibilizar painel de leitos operacional que apresente a ocupação em tempo real das unidades de internação e de toda a instituição, taxa de disponibilidade, taxa de indisponibilidade.
- O sistema deve ter uma apresentação gráfica intuitiva das informações dos leitos, indicando o paciente, o médico assistente, o convênio, o diagnóstico e a quantidade de dias que o paciente se encontra hospitalizado ao passarmos o cursor sobre o leito ocupado;
- O sistema deve disponibilizar painel de leitos gerencial que apresente as taxas de ocupação da instituição em tempo real das unidades de internação e seus respectivos leitos. Nesta tela deve ser apresentado a taxa de disponibilidade, taxa de ocupação e taxa de indisponibilidade.
- O sistema deve ter uma apresentação gráfica intuitiva das informações dos leitos tais como: - Ocupação por Unidade de Internação; - Ocupação por Tipo de Acomodação;

R

- Ocupação por Tempo de Permanência; -Ocupação por Especialidade/Serviço; -
Ocupação por Médico; - Ocupação por Faturamento;
- O sistema deve disponibilizar tela de consulta de altas do dia; O sistema deve disponibilizar tela de consulta de estatísticas de produção e estatística de atendimentos; O sistema deve disponibilizar tela de consulta pacientes internados;
 - O sistema deve disponibilizar tela de consulta previsões de internações;
 - O sistema deve disponibilizar tela de consulta da agenda do centro cirúrgico;
 - O sistema deve disponibilizar tela de consulta de disponibilidade dos leitos;
 - O sistema deve disponibilizar tela de consulta pacientes internados;
 - O sistema deve emitir relatórios de pré-internações por período;
 - O sistema deve emitir relatório de internações por médico, por serviço, por cidade e por Unidade de Internação;
 - O sistema deve emitir relatório de altas por médico, por dia, por especialidade e relatório de previsão de altas;
 - O sistema deve emitir relatório de pacientes com pendência, em duplicidade e aniversariantes;
 - O sistema deve emitir relatório de censo ocupacional;
 - O sistema deve emitir relatório estatístico de quantitativo de pacientes por CID, estatístico de internações por médico, por serviço e por unidade de internação;
 - O sistema deve emitir declaração de paciente internado, declaração de internação e Termo e Alta a pedido;

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;

R

- 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 do Hospital, seja pelo atendimento ambulatorial, de urgência, internação ou atendimentos externos;
- 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 Abdomen; 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

R

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; -Euroscore; -Time Risk; - 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 x 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 a definição do plano de cuidados;

- O sistema deve dispor da tabela de diagnósticos de enfermagem NANDA para a definição do diagnóstico de enfermagem;
- De acordo com o diagnóstico selecionado pelo enfermeiro, o sistema deverá sugerir os itens de prescrição de maneira automática;
- O sistema deverá possuir tela para o profissional registrar as vacinas dos pacientes;
- O sistema deverá ter tela para finalizar o atendimento inserindo informações tais como:
Diagnóstico:
Procedimento:
Data:
Hora:
Motivo de alta:
- O sistema deve permitir fazer a emissão do sumário de alta do paciente e carregar automaticamente as principais informações do atendimento tais como medicamentos, resultados de exames de laboratório, imagem e orientações;
- O sistema deve possibilitar a integração com conteúdo de bases médicas externas que auxiliem e apoiem o médico na tomada de decisão como exemplo podemos citar UpToDate, Clinical Key ou outro do mesmo gênero;
- O sistema deve sinalizar de maneira gráfica todas as pendências do médico em relação ao atendimento tais como fechamento de documentos eletrônicos, assinaturas eletrônicas e demais pendências;
- O sistema deve permitir a integração com equipamentos de monitoração;
- O sistema deve estar homologado para suportar certificação digital e assinatura eletrônica dentro dos padrões CFM/SBIS;
- O sistema deve disponibilizar de opção para registrar o encaminhamento do paciente para outras especialidades;
- O sistema deve disponibilizar de opção para registrar o Check-list de cirurgia segura;

DIRETORIA CLÍNICA

- O sistema deve permitir realizar o registro dos tipos de prestadores;
- O sistema deve permitir realizar o registro dos conselhos e suas siglas;
- O sistema deve permitir realizar o registro das especialidades médicas e de enfermagem;
- O sistema deve permitir realizar o registro das especializações médicas e de enfermagem;
- O sistema deve permitir realizar o registro dos horários contratados dos prestadores;
- O sistema deve permitir realizar o registro dos prestadores da instituição no mínimo com as seguintes informações: Nome, sexo, CPF, Identidade, Data Nascimento, Nome de Guerra, nº do Conselho, Nome do pai, Nome da Mãe, Grau de Instrução, Nacionalidade, Naturalidade, Foto, Endereço Comercial, Endereço Pessoal, Tipo de Prestador, Especialidade, Especializações, Tipo do Conselho, Tipo de Vínculo, Tipo de Atividade (Cirurgia, Anestesista, Clínico, Auditor), Dados Bancários, Contatos;
- O sistema deverá disponibilizar opção para registrar as ocorrências médicas
- O sistema deverá disponibilizar opção para registrar as especializações médicas;
- O sistema deverá disponibilizar opção para registrar as licenças médicas.

CENTRO CIRURGICO

- Permitir o registro do centro cirúrgico, associado ao centro de custo e o horário de funcionamento para todos os dias da semana;
- Permitir configurar as salas de cirurgia por centro cirúrgico, definindo o tempo de preparo e o tempo mínimo de utilização para cada uma das salas de cirurgia;
- Permitir configurar as vias de acesso das cirurgias;
- Permitir configurar os equipamentos disponíveis no centro Cirurgico e as respectivas quantidades;
- Permitir configurar os tipos de anestesia;
- Permitir configurar os motivos de transferências de cirurgias;
- Permitir configurar os motivos de cancelamento de agendamento de cirurgias;
- Permitir configurar os motivos de interdição de sala de cirurgia; Permitir configurar as equipes médicas;
- Permitir configurar as unidades de sangue e derivados;

- Permitir configurar os kits cirúrgicos por procedimento e por prestador com as seguintes informações: materiais descartáveis, medicamentos, OPME, equipamentos, caixas cirúrgicas, hemoderivados e procedimentos;
- O sistema deve possuir funcionalidade para que o médico possa solicitar um agendamento de cirurgia com no mínimo as seguintes funcionalidades: Paciente, sexo, telefone, e-mail, data desejada para o agendamento, tempo de cirurgia, médico, especialidade sangue, uti, kit cirúrgico, convenio, plano, tipo de anestesia, procedimento e equipamentos;
- O sistema deve disponibilizar funcionalidade que permita o usuário que opera o módulo de centro cirúrgico possa visualizar a lista de cirurgias solicitadas pelos médicos cirurgiões, assim como o status da mesma (solicitada, confirmada);
- O sistema deve possibilitar que o usuário possa realizar a confirmação das solicitações de agendamentos registradas pelos médicos cirurgiões;
- O sistema deve carregar automaticamente todas as informações na tela de confirmação do agendamento cirúrgico que foram inseridas na opção da solicitação de agendamento.
- Ao confirmar o agendamento cirúrgico a partir da solicitação, o sistema deverá gerar automaticamente a pré-internação do paciente no módulo de internação;
- Ao confirmar o agendamento cirúrgico a partir da solicitação, o sistema deverá gerar automaticamente a solicitação de leito para a central de gestão de leitos no módulo de internação;
- O sistema deverá ter a opção de registrar o agendamento cirúrgico diretamente, sem a necessidade de o médico fazer uma solicitação eletrônica de agendamento;
- O sistema deve disponibilizar na tela do registro do agendamento cirúrgico no mínimo com as seguintes informações: Cirurgia, Cirurgião, Horário Inicial, Tempo de Cirurgia, Paciente, Sexo, Idade, Peso, Necessidade de UTI, Caixas Cirúrgicas, Kits Cirúrgicos, OPME, Tipo de Anestesia, Observação, Exames de Imagem, Exames de Análises Clínicas, Equipamentos, Lateralidade, se a cirurgia é ambulatorial, previsão de internação e previsão de alta);
- O sistema deve disponibilizar opção para fazer a emissão do comprovante de agendamento cirúrgico ou então o envio de e-mail para todos os setores envolvidos no preparo da cirurgia;
- O sistema deve disponibilizar opção para fazer a revisão do agendamento cirúrgico, nesta tela o usuário faria a função de uma espécie de auditor, pois o mesmo poderia

adicionar mais itens necessários a realização do ato cirúrgico e que não foram apontados durante o processo de agendamento;

- O sistema deve também possibilitar fazer o envio de e-mail para todos os setores após o processo de revisão do aviso de cirurgia;
- O sistema deve possibilitar registrar a transferência de cirurgias agendadas para a mesma data em horário e sala distinta ou então para uma nova data e horário distinto informando o motivo da transferência;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar o cancelamento de uma cirurgia agendada, o sistema também deve obrigar ao usuário informar o motivo do cancelamento;
- O sistema deve enviar mensagem de e-mail a todos os setores envolvidos no processo de preparo da cirurgia, informando o cancelamento ou a transferência da mesma;
- O sistema deve possibilitar ao usuário fazer o registro de interdição de uma ou mais salas de um centro cirúrgico, obrigando o mesmo a informar o período de interdição e o motivo;
- O sistema deve permitir ao usuário fazer a reserva de uma faixa de horário de uma sala do centro cirúrgico para um determinado profissional, esse processo bloqueia automaticamente esta faixa de horário impedindo novos agendamentos neste horário e sala por outros profissionais;
- O sistema deve possuir recurso para que o usuário possa confirmar o ato cirúrgico agendado previamente;
- O sistema deve carregar automaticamente na tela de confirmação do ato cirúrgico todas as informações que foram registradas no agendamento cirúrgico;
- Se o horário de confirmação do ato cirúrgico, for posterior ao horário previsto no agendamento o sistema deverá solicitar ao usuário o motivo do atraso;
- O sistema deve possibilitar no momento da confirmação do ato cirúrgico adicionar outros procedimentos, e equipamentos cirúrgicos que não estavam previstos no agendamento, mas que foram necessários a sua realização e utilização no momento da cirurgia;
- O sistema deve permitir registrar a descrição do ato cirúrgico;
- O sistema deve permitir registrar a descrição do ato anestésico em formulário específico com apontamentos dos dados de maneira gráfica;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar cirurgias de emergência que não estavam programadas para a sua realização sem a necessidade de um agendamento prévio;

- No registro da cirurgia de emergência ou urgência o sistema deverá dispor no mínimo das seguintes informações: Código do atendimento, paciente, tempo de cirurgia, horário de entrada na sala, horário de saída da sala, horário de início da anestesia, horário do fim da anestesia, horário de início da cirurgia, horário do fim da cirurgia, cirurgia, especialidade, médico cirurgião, anestesista, 1 auxiliar, 2 auxiliar, circulante, instrumentador, equipamentos, taxas, exames de imagens realizados, exames de análises clínicas, gastos de sala com materiais descartáveis, gasto de sala com medicamentos, tipo da cirurgia (urgência, emergência, eletiva), técnica (convencional ou por vídeo) lateralidade, natureza da cirurgia (contaminada, potencialmente contaminada, limpa, infectada), centro cirúrgico, sala de cirurgia e CID pós operatório;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro dos gastos de sala de medicamentos e materiais descartáveis utilizados no paciente durante o ato cirúrgico;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a confirmação de consumo (checagem de dos itens de sala) dos materiais e medicamentos que foram dispensados pela farmácia e utilizados efetivamente no paciente durante o ato cirúrgico;
- O sistema deve disponibilizar a funcionalidade de confirmação de consumo de OPME, nesta tela o sistema deve apresentar somente os produtos que estão caracterizados como OPME para que o usuário auditor possa registrar a confirmação de consumo.
- Após a confirmação de consumo, o sistema deve enviar automaticamente e-mail ao fornecedor solicitando a NF de consumo do material consignado com as informações do paciente, deve enviar e-mail ao setor de compras e também ao faturamento;
- O sistema deve permitir o usuário emitir o mapa cirúrgico;
- O sistema deve permitir o usuário emitir a agenda cirúrgica; O sistema deve permitir o usuário emitir a folha de sala com todos os lançamentos ocorridos durante o ato cirúrgico;
- O sistema deve permitir o usuário emitir os seguintes relatórios estatísticos: Cirurgias por cirurgião Anestesias;
- O sistema deve disponibilizar de todas as informações registradas no ato cirúrgico no prontuário eletrônico do paciente de forma automática;
- O sistema deve registrar automaticamente no módulo de CCIH todas as informações registradas no ato cirúrgico do paciente.

R

CCIH

- O sistema deve estar totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente;
- O sistema deve possibilitar o registro dos antimicrobianos que estão sendo monitorados e controlados pela CCIH;
- O sistema deve possibilitar a configuração do n°. de dia autorizado automaticamente pela CCIH para a prescrição dos antimicrobianos controlados pela comissão;
- O sistema deve possibilitar a configuração da DDD (dose diária definida) dos antimicrobianos controlados pela comissão;
- O sistema deve possibilitar a configuração se o antimicrobiano é de uso restrito, se está ativo e se o mesmo é de vigilância;
- O sistema deve permitir o registro dos materiais para cultura com código e descrição;
- O sistema deve permitir o registro dos microrganismos com código e descrição;
- O sistema deve permitir o registro dos procedimentos invasivos com código e descrição;
- O sistema deve permitir o registro das topografias com código e descrição;
- O sistema deve permitir o registro dos materiais para cultura com código e descrição;
- O sistema deve realizar automaticamente a busca ativa dos pacientes suspeitos de infecção hospitalar com a possibilidade de o usuário selecionar o tipo de busca (uso de antimicrobiano, culturas positivas, procedimentos invasivos, cirurgias, data de previsão de alta ultrapassada, admitidos com mais de 48 e 72 horas, por setor e por unidade de internação);
- O sistema deve apresentar ao fazer a busca ativa, todas as informações relativas ao atendimento do paciente, informações referentes ao uso de antimicrobianos, a cirurgias realizadas pelo paciente, aos resultados das culturas realizadas, aos procedimentos invasivos registrados na assistência ao paciente e as infecções já registradas;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro da infecção do paciente com as seguintes informações: data da infecção, CID, Tipo do Registro, Tipo de Infecção, Tipo de Situação, Sítio Principal, Topografia, Procedimento Invasivo, Localização, Leito, Aviso de Cirurgia quando paciente com infecção no CC e observações;
- O sistema deverá permitir controlar separadamente os pacientes que estão em processo de vigilância e os que já tiveram sua infecção notificada; O sistema deverá permitir acessar o resultado dos exames de antibiograma realizados para os pacientes;

- O sistema deve possibilitar o registro de procedimentos invasivos realizados no paciente durante a sua assistência com a data da realização, o procedimento realizado e o setor onde ocorreu;
- O sistema deve disponibilizar a realização de auditorias nas prescrições médicas que tiverem antimicrobianos prescritos pelos médicos assistentes;
- No processo de auditoria o sistema deve permitir o médico infectologias selecionar o paciente, e registrar a auditoria, podendo o mesmo bloquear uma nova prescrição do antimicrobiano para o paciente;
- No processo de auditoria o sistema deve permitir o médico infectologias selecionar o paciente, e registrar a auditoria, podendo o mesmo liberar a prescrição de um antimicrobiano para o paciente para um determinado número de dias;
- O sistema deve apresentar automaticamente as mensagens inseridas pelo médico infectologista no processo de auditoria para o médico assistente no momento da prescrição médica;
- O sistema deverá calcular as taxas de infecção Hospitalar existentes demonstrando graficamente a evolução mensal das mesmas de acordo com parâmetros pré-definidos como unidade de atendimento, especialidades, médicos e topologia;

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 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 do hospital;
- 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 durante a hospitalização;
- 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 palavras-chaves 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 NF de consumo e fazendo nesse momento a baixa dos vales;

Saida 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"

PROPOSTA DE REGIMENTO DE CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO

Art. 1º - O Corpo Clínico do Hospital Estadual de Luziânia é representado pelo conjunto de médicos que atuam nesta Instituição e, como unidade técnica-administrativa, é responsável pela coordenação das atividades médicas, diagnósticas e terapêuticas, em seus objetivos de assistência à saúde, ensino e pesquisa.

PARÁGRAFO ÚNICO: O Corpo Clínico do Hospital Estadual de Luziânia possui autonomia e responsabilidade técnica, profissional, científica, política e cultural, devendo zelar pela conduta técnica, ética, moral e humanitária dos seus profissionais, assim como o bom desempenho e imagem institucional.

Art. 2º - Os médicos do Corpo Clínico do Hospital Estadual de Luziânia se representam nas seguintes categorias:

Membros efetivos: são aqueles médicos que trabalham formalmente na unidade em vínculo trabalhista celetista, independente da carga horária contratada, seja ela em regime plantonista e/ou plantonista.

Membros Credenciados: são os médicos que exerçam suas atividades profissionais por meio de vínculo com empresas médicas contratadas ou cooperativas que prestam serviços à unidade, assim como os que estiverem ligados a outras instituições.

Membros à Disposição: são os profissionais médicos cedidos formalmente ao Hospital Estadual de Luziânia por meio da lotação funcional ou exercício de função, que regimentalmente passam a integrar o Corpo Clínico desta Instituição.

PARÁGRAFO ÚNICO: Outras modalidades poderão ser criadas conforme a demanda da Instituição.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS DO CORPO CLÍNICO

Art. 3º - São objetivos do Corpo Clínico:

a) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Médica do Estado de Goiás, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina, o Estatuto do Hospital Estadual de Luziânia, seu Regimento Interno e suas Normas Técnicas, assim como este instrumento regimental normativo.

- b)** Contribuir para o desenvolvimento do trabalho em equipe com o objetivo de atingir toda a potencialidade resultante em benefício dos usuários do Hospital Estadual de Luziânia.
- c)** Contribuir para o bom desempenho do profissional médico e da equipe de saúde, inclusive no que se refere à colaboração na assistência a pacientes sobre responsabilidade de outros profissionais médicos.
- d)** Assegurar a melhor assistência aos usuários do Hospital Estadual de Luziânia, garantindo o atendimento global ao paciente em regime ambulatorial, de emergência e internação, bem como o suporte emocional e informativo aos familiares e/ou responsáveis.
- e)** Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos em aprendizado e demais discentes do Hospital Estadual de Luziânia.
- f)** Produzir e estimular a pesquisa médica no âmbito da Instituição.
- g)** Cooperar com a administração do Hospital Estadual de Luziânia, objetivando a melhoria da assistência prestada.
- h)** Revisar anualmente, ou conforme necessidade, as rotinas assistenciais existentes, objetivando a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.
- i)** Propor diretrizes de atuação em assuntos que propiciem melhoria na qualidade do produto ofertado nas áreas de atuação.
- j)** Participar de programas de promoção e manutenção da saúde adequada às necessidades de demanda do Hospital Estadual de Luziânia.
- k)** Estimular e promover estudos com o objetivo de identificar melhorias da assistência prestada, inclusive no que se refere à participação efetiva nas diversas comissões hospitalares.
- l)** Primar pela qualidade da relação médico-paciente e equipe de saúde, promovendo estudos que possam ampliar o conhecimento do perfil comportamental do paciente e seus familiares, necessário ao estímulo de suas participações no processo terapêutico.
- m)** Oferecer as condições necessárias à absorção de novos recursos tecnológicos e científicos pela equipe de saúde do Hospital Estadual de Luziânia.
- n)** Zelar pela qualidade do prontuário do paciente, fazendo as evoluções e prescrições de forma legível, assinando, datando e identificando o responsável.

R

- o)** Colaborar e participar ativamente nos programas e projetos de ensino e pesquisa do Hospital Estadual de Luziânia.
- p)** Promover o desenvolvimento das atividades de recuperação e manutenção da saúde dos pacientes do Hospital Estadual de Luziânia;
- q)** Promover intercâmbio com instituições que possam contribuir para a melhoria da qualidade da assistência médico-hospitalar.
- r)** Proporcionar e viabilizar as funções de ensino, pesquisa e extensão objetivando a formação e capacitação de recursos humanos na área de saúde.
- s)** Zelar pelo uso de materiais e equipamentos de trabalho e/ou de suporte às atividades desenvolvidas.
- t)** Desenvolver outras atividades correlatas na sua área de atuação.
- u)** Assumir a responsabilidade civil, criminal e ética sobre os atos que tenha praticado no exercício da medicina.
- v)** Comunicar aos órgãos diretivos, e ao Conselho Regional de Medicina da Goiás, quando for indicação, falhas na organização, nos meios e na execução da assistência prestada na Instituição.
- w)** Orientar-se pelo Código de Ética Médica, manter com os demais colegas e funcionários um relacionamento cordial e respeitoso.

CAPÍTULO III- DA COMPOSIÇÃO E ÁREAS DE ATUAÇÃO

Art. 4º - A composição do corpo clínico do Hospital Estadual de Luziânia será a seguinte:

O Corpo Clínico do Hospital Estadual de Luziânia deve ser composto exclusivamente por profissionais médicos devidamente regularizados no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás e que estejam exercendo ativamente suas funções nesta Instituição, sendo representados por um Coordenador Médico, subordinado ao Diretor Técnico, responsáveis pela coordenação e condução das atividades, atuando em toda estrutura onde o Hospital Estadual de Luziânia tem suas atividades.

O Corpo Clínico do Hospital Estadual de Luziânia encontra-se organizado na seguinte estrutura:

- I- Diretoria Técnica;
- II- Diretoria Clínica;
- III- Comissão de Ética Médica;
- IV- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- V- Comissões Permanentes e Temporárias;
- VI- Médicos das diversas equipes.

CAPÍTULO IV- DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º São atribuições do Diretor Técnico:

- I. Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral do hospital;
- II. planejar, orientar, coordenar e controlar as ações desenvolvidas através das seguintes coordenações e supervisões: Coordenação da Clínica Médica, Coordenação da Clínica Cirúrgica; Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva, Coordenação de Urgência e Emergência, Coordenação do Ambulatório, Coordenação do SADT.
- III. Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, ético, moral e profissional do corpo clínico;
- IV. Coordenar a assistência médico-hospitalar prestado aos pacientes;
- V. Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou unidade administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VIII. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa clínica;
- IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando um livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

- XI. Manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XII. fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina;
- XIII. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário, participando de todas as reuniões;
- XIV. Tomar as providências necessárias para solucionar a ausência de plantonistas;

Art. 6º. O Diretor Clínico e seu substituto deverão ser eleitos pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

Parágrafo primeiro: O candidato deve ser membro efetivo do corpo clínico, possuir conhecimento técnicos e científicos que abrangem o atendimento global do paciente, assim como condições científicas para estimular a pesquisa.

Parágrafo segundo: O Diretor Clínico deve estar presente durante o período de maior atividade do Hospital Estadual de Luziânia e, cotidianamente à disposição do mesmo.

Art. 6º. Compete ao Diretor Clínico:

- I. Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Instituição;
- II. Fiscalizar o exercício ético da Medicina;
- III. Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico;
- IV. Apresentar à Diretoria da Instituição sugestões que visem à melhoria do atendimento médico;
- V. Desenvolver o espírito crítico, estimulando o estudo e a pesquisa científica entre os membros do Corpo Clínico;
- VI. Após ouvir o Corpo Clínico, propor o aperfeiçoamento da sistemática de atendimento em todas as dependências do Hospital Estadual de Luziânia, submetendo-a à apreciação da Direção Técnica;
- VIII. Estimular o desenvolvimento de pesquisas, no âmbito da Instituição, garantindo a observância da ética que preside a pesquisa em seres humanos;
- IX. Fiscalizar o cumprimento de normas, protocolos e rotinas da Instituição;

X. Exercer a função de mediador, visando humanizar os membros do Corpo Clínico e outros profissionais;

Art. 7º A Comissão de Ética Médica deverá ser eleita por escrutínio direto e secreto em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade pela Diretoria Clínica, pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

Art. 8º O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar tem por objetivo manter e avaliar um Programa de Controle de infecções Hospitalares adequado as características e necessidades da Unidade de Saúde, atendendo a legislação vigente, especialmente a Portaria Nº MS 2.616/98.

Art. 9º As Comissões Permanentes e Temporárias do Hospital Estadual de Luziânia, serão formadas por indicação da Diretoria Geral, em comum acordo com a Diretoria Técnica. Os profissionais integrantes das Comissões devem ser qualificadas e ter disponibilidade para atuação.

CAPÍTULO V- INGRESSO AO CORPO CLÍNICO

Art. 10º Para ingressar no Corpo Clínico Hospital Estadual de Luziânia, o Médico deverá preencher a solicitação de cadastramento em formulário próprio, dirigidos aos órgãos diretivos e atender aos seguintes requisitos:

- I. Estar devidamente registrado junto ao CRM/GO, apresentando documentação competente;
- II. Apresentar comprovação de quitação da anuidade do CRM;
- III. Apresentar capacidade técnica na área que pretende atuar.

CAPÍTULO VI- DA INTERNAÇÃO

Art. 13º Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito à penalidade, quando:

- I. Desrespeitar o Regimento Interno;
- II. Desrespeitar as Normas Administrativas internas, disciplinadas ou não no Regimento Interno do Hospital Estadual de Luziânia;
- III. Revelar se inábil para o exercício da profissão e/ou função independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética.

- IV. Cometer crime nas dependências do Hospital Estadual de Luziânia, relacionado ou não ao atendimento ao doente.
- V. Praticar atos de indisciplina, improbidade ou de insubordinação.
- VI. Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem do Hospital Estadual de Luziânia e causar dano ao paciente.
- VII. Abandonar suas funções, sem motivo justo, com prejuízo aos doentes sob sua responsabilidade.
- VIII. Atuar com desídia no desempenho de suas funções.
- IX. Não obedecer às normatizações do Código de Ética Médica.

Art. 14º A suspeita e denúncia de infração cometida por membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, assegurando ao(s) Médico(s) amplo direito de defesa.

§ 1º A Comissão de Ética Médica e/ou outra comissão, deverá no prazo máximo de 30 dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão ao Código de Ética Médica.

§ 2º Nos casos de indícios de infração de natureza ética, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao CRM, para ciência e abertura de processo disciplinar de ética médica.

§ 3º Nos casos de infração de caráter administrativo e regimental interno, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao Diretor Técnico do Hospital Estadual de Luziânia, que juntamente com o Diretor Geral aplicará as medidas cabíveis.

Art. 15º As penalidades aplicáveis aos membros do Corpo Clínico são:

- I. Advertência Verbal;
- II. Advertência escrita, a ser entregue ao infrator, bem como anexada ao prontuário do médico;
- III. Suspensão temporária do Corpo Clínico;
- IV. Exclusão do Corpo Clínico.

§ 1º As penalidades aplicadas a nível interno do Hospital Estadual de Luziânia, não eliminam a obrigatoriedade da análise do CRM/GO nos casos de indicio de infração de natureza ética

§ 2º As penalidades para as transgressões de ordem regimental ou administrativa obedecerão a graduação das penas desse artigo, salvo nos casos de gravidade incontestável.

§ 3º A aplicação das penas III e IV está condicionada ao parecer favorável do Diretor Clínico e Comissão de Ética Médica.

§ 4º Compete ao Diretor Clínico a aplicação da penalidade a qualquer Membro do Corpo Clínico, ou a solicitação desta

CAPÍTULO VII- DOS DIREITOS E DEVERES DOS INTEGRANTES DO CORPO CLÍNICO

Art. 16º São Direitos dos Médicos do Corpo Clínico:

- I. Frequentar Hospital Estadual de Luziânia internando e assistindo pessoalmente aos seus pacientes, gozando de autonomia profissional, desde que observadas as regras contidas no presente Regimento Interno e nas demais normas da unidade;
- II. Utilizar os recursos técnicos, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis no Hospital Estadual de Luziânia. A utilização de equipamentos e Instrumentos especializados poderá ser restringida pelas normas relativas à qualificação e treinamento específico, bem como normas administrativas.
- III. Auxiliar a administração do Hospital e órgãos diretivos do Corpo Clínico, comunicando falhas, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e o padrão técnico e operacional do Hospital Estadual de Luziânia. Bem como zelar pelo bom nome e reputação profissional do Corpo Clínico e do Hospital, respeitando o Código de Ética Médica.
- IV. Participar das reuniões do Corpo Clínico e atividades científicas do Hospital Estadual de Luziânia.

Art. 17º São Deveres dos Médicos do Corpo Clínico:

- I. Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os colegas e funcionários do Hospital Estadual de Luziânia.
- II. Conhecer e respeitar os Estatutos e Regimento Interno do Hospital Estadual de Luziânia.
- III. Assistir aos pacientes sob seus cuidados, com respeito, consideração, utilizando a melhor técnica em benefício do mesmo.
- IV. Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado.
- V Participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário.

- VI. Elaborar e manter atualizado o Prontuário Médico de seus pacientes, que deverá conter de FORMA LEGÍVEL, o histórico clínico, evolução, todas as ordens e prescrições assinadas, bem como preencher o resumo de alta quando da efetiva liberação do paciente.
- VII. Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem Médica e/ou administrativa relativa à atividade ou aos pacientes, para fins de esclarecimentos de intercorrências administrativas, médicas, éticas ou jurídicas.
- VIII. Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos atos médicos, pela indicação de métodos de diagnóstico, pelo tratamento e medicamentos prescritos.
- IX. Comunicar aos órgãos do Corpo Clínico falhas na organização, nos meios e na execução da Assistência Médica prestadora no Hospital Estadual de Luziânia.
- X. Colaborar com as Comissões específicas do Hospital Estadual de Luziânia.
- XI. Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência.
- XII. Respeitar a política de direito dos pacientes e familiares do Hospital Estadual de Luziânia, com o objetivo de fornecer ao paciente atendimento hospitalar de excelência, segurança, envolvimento no seu cuidado, privacidade, respeito, apoio e retaguarda na alta hospitalar.
- XIII. Quando da impossibilidade de manter o atendimento a um paciente, por qualquer motivo, comunicar à Diretoria Clínica o fato e os motivos pela interrupção do atendimento, assim como certificar-se da completa transferência de informações sobre o paciente para o profissional que assumirá o acompanhamento.
- XV. Acatar as determinações vigentes da Vigilância Sanitária, inclusive no que se refere à Segurança e Saúde dos profissionais da área de Saúde

CAPÍTULO VIII- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida ou incapacidade física permanente, devem ser submetidos, pelo médico assistente, à aplicação do Diretor Clínico e mais uma Comissão por esse indicada, cuja decisão deverá ser registrada em ata.

Parágrafo primeiro: O Diretor Clínico indicará 2 (dois) profissionais médicos para compor a referida junta médica, sendo que, em caso de empate, caberá ao Diretor Clínico o voto de minerva.

P

Parágrafo segundo: A referida junta médica também deverá solucionar problemas, inclusive mediante a tomada de decisões que envolvam a realização de procedimentos, bem como discutir condutas adotadas em casos graves ou com implicações sociais, uma vez que o pretendido é a garantia do melhor atendimento ao paciente, se que isso signifique qualquer limitação à ação do médico.

Parágrafo terceiro: Em caso de urgência, caso um ou todos os componentes indicados pelo Diretor Clínico não estejam no Hospital Estadual de Luziânia, referida junta poderá ser composta ou suplementada pelos médicos presentes no plantão.

Art. 19º A internação de qualquer paciente só pode ser realizada sob a responsabilidade de um Médico que registrará sua indicação, diagnósticos provisórios ou definitivos e recomendações especiais necessários para a internação ou cuidados do paciente.

Art. 20º Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda do hospital de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas em leis e no Código de Ética Médica.

Parágrafo primeiro: É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se total ou parcialmente, do prontuário médico, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade.

Parágrafo segundo: Somente com autorização do médico assistente outro(s) profissional(is), não relacionados ao caso, poderão ter acesso ao prontuário

Art. 21º A divulgação pública em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos, de fatos referentes às atividades do Hospital Estadual de Luziânia, ou de quaisquer informações sobre pacientes, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos do Hospital, ou mediante autorização destes.

Art. 22º Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Técnico. Caso seja necessário, pela natureza do caso omissos, serão ouvidos o Diretor Clínico e/ou a Comissão de Ética Médica.

Art. 23º Este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

Parágrafo único: Este Regimento Interno para o Corpo Clínico está em concordância com a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM nº 2.147/2016 que estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de Diretores Técnicos, Diretores Clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos.

Art. 24º Revogam-se todas as disposições em contrário.

R

IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

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;

R

- Facilitam condutas descentralizadas;
 - Diminuem a margem de erro;
 - São importantes nos processos de Gestão do atendimento à clientela;
 - 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;
 - Pode gerar um prontuário eletrônico;
 - 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 Hospital, serão construídos em conjunto com a equipe de acordo com as normas estabelecidas em instrumento utilizado para elaboração de documentos no Hospital 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.

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 se aplica.

3. APLICABILIDADE

Todos os setores do Hospital

4. RESPONSABILIDADESSupervisores, Coordenadores, Gerentes
e Diretores.**5. MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Não se aplica.

6. DEFINIÇÕES**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 Hospital 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.

Composição de Documentos:

Refere-se ao conteúdo específico de cada documento, o qual conterá itens e subitens de acordo com a necessidade.

Norma e POP deverão conter, os seguintes tópicos:

- 1-Objetivo** — item que detalha, de forma clara, concisa e sem ambiguidades, o assunto de que trata o documento.
- 2- 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).
- 3- Aplicabilidade** — item que descreve o local/setor a ser aplicado o documento.
- 4- Responsabilidade** — os cargos e/ou funções responsáveis pela implantação do documento.
- 5- Materiais Necessários** — descrição de materiais necessários para execução do procedimento descrito.
- 6- Definição** — item opcional que contém as definições de termos necessários para uma melhor compreensão do documento.
- 7- Descrição do Procedimento** — item que descreve passo a passo da rotina, processo, protocolo e/ou atividade a ser realizada.
- 8- Tarefas Crítica/Especiais** — serve para reforçar algum ponto mais importante descrito no procedimento.
- 9- Indicadores** — existe para que seja informado o indicador ligado àquele POP, caso exista.
- 10- 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 e/ou apêndices devem estar citados no campo "Documentos de Apoio", bem como qualquer outro processo / norma / plano / protocolo, etc.
- 11 - 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, salvo no item 7 - Descrição de Procedimento. Para Políticas utilizar 7 — Diretrizes, para Planos utilizar 7 - Descrição do Plano, para protocolos utilizar 12 — 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 NQ - 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 Políticas; Protocolos e Planos;

POP e Fluxograma;

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, 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 NAS UNIDADES

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 UINT — 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
CIHDOT — Comissão Intra Hospitalar de Doação de órgãos e tecidos 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 SCIRAS, 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, nas áreas administrativas e assistenciais. Para o IBGC todos os colaboradores do Hospital, 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.

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.

Nesse sentido, apresentamos proposta do modelo a ser adotado para a estruturação dos Protocolos Assistenciais do Hospital.

 PROTOCOLO INSTITUCIONAL	
IDENTIFICAÇÃO: Hospital Estadual de Luziânia	PROTOCOLO XXX
NOME DO PROTOCOLO	Versão Protocolo:
ESPECIALIDADE	
Executante	
Resultados esperados	
Recursos Necessários	
Atividades	
<ol style="list-style-type: none">1. Introdução e descrição do protocolo2. Revisão de Literatura3. Definição e diagnóstico4. Justificativa e Objetivo5. Critérios de Elegibilidade6. Critérios de Exclusão7. Tratamento proposto8. Indicador de monitoramento9. Referências Bibliográficas10. Anexos	
Cuidados	
Ações em caso de não conformidade	



Elaborado em:	Responsável:
Aprovado em:	Responsável
Revisado em:	Responsável

Todas as ações possuem:

- Recursos Necessários: neste item é listado todo o material necessário para a execução do procedimento.
- Condições necessárias: situação existente que justifica a ação
- Cuidados especiais: itens de verificação necessários para o início do procedimento.
- Executor: profissional responsável pela ação.
- Ações: descrição da ação propriamente dita com as observações que se façam necessária.
- Resultados Esperados: listagem dos resultados esperados.
- Ações corretivas: ações que poderão ser aplicadas em caso de intercorrência.
- Riscos/ Tomada de decisão: listagem de riscos inerentes ao procedimento com definição de ações corretivas
- Anexos: material auxiliar para o procedimento.

Este Manual abrange todas as atividades inerentes ao serviço de enfermagem para todas as áreas/setores do Hospital

PROTÓCOLOS 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.

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 Dieta Enteral

Finalidades:

- Nutrir e hidratar o paciente, reestabelecer o volume líquido do organismo;
- Elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas aminoácidos e calorias ao paciente que não pode manter a ingestão alimentar por via oral ativamente.

Material Necessário:

- 01 Suporte de soro, dieta prescrita, 01 equipo com filtro de ar, 01 seringa de 20ml, 01 par de luva de procedimento, 01 estetoscópio, 01 bomba de infusão, 02 unidades de gaze não esterilizadas e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar material necessário;
- Conferir o rótulo da dieta;
- Lavar as mãos;
- Adaptar o equipo ao frasco e retirar o ar;
- Fechar a pinça do equipo;
- Levar o material para o leito.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;

- Colocar a dieta e bomba no suporte de soro;
- Elevar o decúbito do paciente de 30° a 45°;
- Calçar a luva de procedimento;
- Retirar o protetor da sonda naso-enteral;
- Checar a localização da sonda;
- Conectar o equipo à sonda;
- Programar a bomba conforme prescrição;
- Abrir a pinça;
- 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 da dieta na prescrição;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado.

Avaliação:

- Checar o posicionamento da sonda;
- Conferir a validade da dieta em infusão;
- Controlar volume/horário infundido;
- Lavar a sonda a cada administração de dieta.

R

Riscos / Tomada de Decisão:

- Bronco aspiração: manter decúbito elevado, realizar aspiração endotraqueal;
- Distensão abdominal: suspender a infusão da dieta, avisar o médico do paciente;
- Refluxo: suspender a infusão da dieta, avisar o médico do paciente;
- Diarreia: suspender – a infusão e comunicar o médico do paciente;
- Obstrução de sonda: retirar a sonda, lavá-la internamente com uma seringa para desobstruí-la, se houver condições repassar a mesma sonda.

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 sanguínea.

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 Intradérmica

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 rodizio de local de aplicação: comunicar a enfermeira;
- Hiperemia e edema local: comunicar a enfermeira para avaliação;
- Hematoma: comunicar a enfermeira para avaliação;

Administração de medicação via sonda nasogástrica ou enteral**Finalidades:**

- Administrar medicamentos cuja absorção ocorre na mucosa gástrica, em pacientes impossibilitados de deglutir.

Material Necessário:

- 01 bandeja; Medicamento a ser administrado; 02 seringas compatíveis com o volume a ser administrado; 01 par de luvas de procedimento; 01 estetoscópio; gaze não esterilizada; 01 copo descartável de 50 ml com água filtrada.

Pré - Execução:

- Conferir a prescrição médica (medicamento, dose, horário, via de administração, paciente);
- Lavar as mãos;
- Preparar o material e colocar em bandeja.

Execução:

- Identificar-se;
- Confirmar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Elevar o decúbito do paciente;

- Retirar o protetor da sonda e dobrá-la para fechar, conectar uma seringa com ar, injetar o ar enquanto ausculta o borbulhar do mesmo, com o estetoscópio na região epigástrica;
- Dobrar a sonda para fechá-la, retirando a seringa utilizada para o teste;
- Conectar a seringa com a medicação e administrá-la lentamente;
- Lavar a sonda com a mesma seringa, aspirando água filtrada do copo e administrando quantidade compatível com tipo e tamanho da sonda;
- Fechar a sonda;
- Em caso de paciente com drenagem gástrica, abrir a sonda após 30 minutos;
- Manter o paciente confortável, com a campainha ao seu alcance e o ambiente organizado.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado em local pré- determinado;
- Realizar higienização da bandeja com álcool a 70%;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem, caso intercorrências.

Avaliação:

- Administração correta da medicação, atingindo seus efeitos terapêuticos.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica: comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.
- Efeitos colaterais: observar presença de efeitos colaterais; comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.
- Obstrução da sonda: realizar limpeza da sonda com água filtrada, caso mantenha a resistência, comunicar ao enfermeiro.

R

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.

Administração de Soro em Bomba de Infusão**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 ingesta hídrica;

- Administrar medicamentos.

Material Necessário:

- 01 suporte de soro; 01 bandeja; solução a ser administrada; 01 equipo de soro p/ BI; 01 par de luvas de procedimento; 01 álcool Swab; 01 rótulo; bomba de infusão; 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 de 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;
- Colocar o material na bandeja;
- Levar o material e o soro para o leito.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Colocar o soro e bomba de infusão no suporte;
- Dispor equipo na bomba de infusão;
- Calçar luva de procedimento;
- Programar a bomba e infusão conforme prescrição;
- Certificar-se de que não há infiltração de soro;
- Realizar a antisepsia da conexão;
- Conectar o equipo do cateter venoso ou conexão;

- Programar a BI conforme prescrição médica;
- Abrir controlador de gotas do equipo;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha a 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 a permeabilidade do cateter durante a infusão;
- Controlar o volume horário;
- Mensurar os dados vitais;
- Observar infiltração tecidual.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Infiltração tecidual: troca do acesso venoso;
- Reposição inadequada de volume: comunicar ao médico;
- Alteração nos parâmetros vitais do paciente: mensurar dados vitais, comunicar ao médico alteração;
- Flebite química: trocar acesso venoso, compressa quente no local.

Alimentação Oral com Auxílio**Finalidades:**

- Nutrir e hidratar o paciente, reestabelecer o volume líquido do organismo, elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas, aminoácidos e calorias ao paciente que não pode alimentar-se sozinho.

Material Necessário:

- 01 Mesa de refeição; 01 toalha de rosto; talheres; dieta prescrita.

Pré - Execução:

- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar a identificação correta da dieta (tipo, nº do leito, nome do paciente);
- Orientar o paciente ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Elevar o decúbito do paciente;
- Colocar a bandeja de comida sobre a mesa de cabeceira e posicioná-la próxima ao paciente;
- Colocar a toalha de rosto sobre o tórax do paciente;
- Proceder a alimentação do paciente, avaliando efetivamente a deglutição;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar a toalha utilizada no hamper;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Condições do paciente;
- Decúbito do paciente;
- Condições de deglutição.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Bronco aspiração: interromper o procedimento e aspirar as vias aéreas superiores, comunicar o médico e observar padrão respiratório;
- Náuseas/vômitos: interromper o procedimento, comunicar ao médico e medicar, se necessário.

Aspiração de Vias Aéreas Superiores**Finalidades:**

- Retirar fluidos das vias aéreas superiores do paciente, melhorando sua respiração evitando a bronco aspiração.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento esterilizada; 01 sonda de aspiração com válvula; 01 máscara descartável padrão; 01 aspirador; 01 frasco coletor descartável; 01 óculos protetor; 01 aspirador; 01 bandeja; 03 ampolas de (10ml) água destilada

Pré - Execução:

- Preparar o material;
- Avaliar o tamanho da sonda de aspiração;
- Lavar as mãos;

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Posicionar o paciente (decúbito elevado);
- Abrir o material a ser utilizado;
- Conectar a sonda de aspiração à extensão do frasco descartável;
- Ligar o aspirador;
- Colocar óculos protetor e máscara;
- Calçar as luvas, máscara e óculos;
- Com a mão não dominante, segurar a face do paciente;

- Com a mão dominante, introduzir a sonda de aspiração na cavidade nasal e posteriormente oral, mantendo a válvula aberta (impedindo aspiração pelo vácuo);
- Ocluir a válvula e retirar a sonda lentamente;
- Dar um intervalo entre uma aspiração e outra;
- Repetir o processo até a limpeza total da cavidade oral, avaliando condição respiratória do paciente;
- Aspirar água destilada para limpeza da extensão;
- Retirar a sonda, as luvas, máscara e óculos;
- Desligar o aspirador;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente limpo e em ordem.

Pós Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição de enfermagem;
- Supervisionar e avaliar continuamente, o procedimento realizado.

Avaliação:

- Avaliar padrão respiratório;
- Avaliar lesão de orofaringe.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Lesão de vias aéreas superiores: observar lesão, acionar fisioterapia e médico responsável, manter decúbito elevado;
- Estimulação vagal: observar padrão respiratório e cardíaco, acionar médico responsável;
- Diminuição da saturação: observar padrão respiratório, acionar fisioterapia.

Aspiração de Traqueostomia**Finalidades:**

- Manter a permeabilidade das vias aéreas removendo líquidos e secreções;
- Promover vias aéreas permeáveis;
- Prevenir e auxiliar no tratamento das infecções respiratórias;
- Aumentar a eficácia ventilatória.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento esterilizada; 01 pacote de gaze esterilizada; 01 sonda de aspiração com válvula; 01 seringa de 20 ml; 01 agulha 40x12; 02 ampolas de SF 0,9%; 01 frasco de água destilada; 01 coletor de secreção descartável (1000ml); 01 máscara; óculos protetor; 01 ambú; 01 aspirador; 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Solicitar auxílio para realização do procedimento;
- Interromper temporariamente a dieta.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Elevar o decúbito do paciente;
- Preparar o coletor descartável;
- Observar padrão respiratório do paciente e saturação de O₂ se disponível;
- Aumentar oferta de O₂ antes de começar o procedimento;
- Abrir a extremidade da sonda e conectá-la à extensão;

- Abrir a extremidade do invólucro da sonda conectando a mesma na extensão do frasco de aspiração mantendo o restante da sonda dentro do invólucro.
- Colocar óculos e máscara;
- Calçar a luva;
- Com a mão não dominante, ligar o aspirador e ajustar a pressão de sucção;
- Com a mão dominante retirar a sonda do invólucro, sem contaminá-la;
- Desconectar a nebulização ou o aparelho, com a mão não dominante;
- Introduzir a sonda no tubo sem ocluir a válvula, realizando movimentos rotatórios (o procedimento deverá ser realizado o mais rápido possível);
- Reconectar a nebulização ou o aparelho;
- Aspirar as narinas e por último a cavidade oral;
- Desconectar a sonda, fazer a limpeza da extensão do aspirador e retirar as luvas;
- Recolher o material;
- Deixar o paciente confortável e a campainha ao alcance;
- Manter a unidade em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Avaliar as condições clínicas do paciente.

Avaliação:

- Avaliar o posicionamento e a fixação da cânula;
- Avaliar fluidificação da secreção;
- Avaliar permeabilidade da cânula.

Riscos/ Tomada de Decisão:

- Traumatismos traqueobrônquicos: acionar fisioterapeuta e médico responsável, observar padrão respiratório;

- Contaminação: rever técnica, acionar DCIH;
- Bronco aspiração: Elevar decúbito, acionar fisioterapeuta e médico responsável;
- Mobilização da cânula: acionar médico responsável. Não reposicionar a cânula;
- Desconforto respiratório: Observar padrão respiratório, acionar fisioterapia;
- Mobilização "rolhas": acionar fisioterapia, aspirar o paciente, manter decúbito elevado, observar padrão respiratório.

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 permeáveis, 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;
- Hiperestender 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.

Banho no leito**Finalidades:**

- Proporcionar higiene e conforto ao paciente e manter a sua integridade cutânea.

Material Necessário:

- 01 par de luva de procedimento; 04 compressas não esterilizada; 01 sabonete pequeno; água morna; jarros; 01 bacia; toalhas; lençóis, travessas, fronha, 01 camisola, 01 hamper, 01 carrinho de banho.

Pré - Execução:

- Observar a prescrição de enfermagem;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Fechar janelas e portas;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal;
- Retirar as roupas do paciente, preservando a sua intimidade;
- Testar a temperatura da água, umedecer a compressa ensaboando-a;
- Ensaboar, enxaguar e secar as partes do corpo: cabeça, tronco e membros superiores, abdômen, membros inferiores e por último genitais;
- Trocar a água quantas vezes forem necessárias;
- Lavar os cabelos e fazer a barba, se necessário;
- Colocar o paciente em D.L., higienizar a região posterior e iniciar a retirada da roupa suja e colocar a roupa limpa;
- Mudar D.L., retirar a roupa suja e ajustar a roupa limpar;

- Colocar a roupa suja no hamper;
- Vestir a camisola ou roupa no paciente;
- Recolher o material;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós / Execução:

- Supervisionar e avaliar condições clínicas do paciente;
- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado.

Avaliação:

- Temperatura da água;
- Integridade cutânea;
- Tracionamento de drenos, cateteres e sondas.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Traumatismos: comunica ao médico do paciente;
- Exposição inadequada: manter a privacidade do paciente expondo-o o mínimo possível.

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 restringi-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 uma ângulo de 45°;
- Certificar-se que punccionou 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 ocluser 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 ocluser 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 antisepsia 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.

Coleta de Urina em 24 horas

Finalidades:

- Medir o diferencial da câmara cardíaca venosa e o grau de hidratação.

Material Necessário:

- 01 Equipo para PVC, 01 frasco de 250 ml de soro fisiológico 0,9%, fita crepe, 01 suporte de soro, 01 par de luvas de procedimento, 01 régua de PVC e protetor de conexão 2 vias, 01 interlink injetor, 01 interlink clip.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- 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;
- Calçar as luvas;
- Conectar o soro ao equipo, colocando-o no suporte;
- Preencher a equipe;
- Fixar a régua de papel no suporte de soro, de forma que o "zero" fique na altura do tórax do paciente, considerando decúbito dorsal horizontal;
- Fixar o equipo de PVC no suporte de soro, fixando a extremidade dupla na porção superior da régua de papel, e a base na porção inferior;
- Conectar a extremidade distal do equipo no cateter central;
- Manter o paciente em decúbito dorsal horizontal;
- Abrir a via do cateter onde está conectado o equipo de PVC, fechando outras infusões que estejam conectadas;

- Fechar a pinça abaixo do soro e abrir a pinça distal;
- Lavar a extensão do cateter;
- Observar a infusão do soro pelo cateter até que pare;
- Colocar uma extremidade da régua de PVC sobre o tórax do paciente e a outra próxima à régua de papel fixada no suporte, até a centralização do nível de água;
- O número atingido quando a régua está à nível da serra considerado o "zero";
- Observar o nível de soro no equipo, considerando o zero como referência;
- Utilizar os sinais + e – para parâmetros acima e abaixo de zero, respectivamente;
- Desconectar o equipo de PVC, reinstalando outras infusões;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias e notificar alterações de resultados;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado.

Avaliação:

- Sinais e sintomas;
- Técnica;
- Fixação do cateter;
- Fixação da régua.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Contaminação: trocar todo o material; mensuração incorreta: refazer o procedimento observando a técnica descrita;
- Mobilização cateter: comunicar ao médico responsável e/ou plantonista, observar a infusão de líquidos, refazer a fixação do cateter.

Controle de Diurese – Adulto

Finalidades:

- Avaliar a função renal, condições hemodinâmicas do paciente e auxiliar no diagnóstico de doenças específicas.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento, 01 cálice graduado, 01 comadre ou papagaio e 01 bandeja pequena, etiqueta do paciente.

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 familiares quanto ao procedimento;
- Identificar o cálice graduado com a etiqueta do paciente;
- Calçar as luvas;
- Solicitar que o paciente urine na comadre ou papagaio;
- Armazenar o volume urinário no cálice graduado, até o término do período;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente limpo e em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Perdas e características do material coletado.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Perda do material: anotar a perda, e continuar a fazer o controle da diurese.

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.

Garrote Pneumático**Finalidades:**

- Equipamento utilizado no bloqueio da circulação sanguínea em cirurgias de membros superiores e inferiores.

Material Necessário:

- 01 Equipamento e acessórios (manguito de calibre adequado e extensões);
- Malha tubular;
- Faixa de smarsh;
- Compressas;
- Álcool a 70%.

Pré - Execução:

- Verificar limpeza do garrote pneumático;
- Levar o equipamento na sala de cirurgia, mantendo-o ligado na rede elétrica;
- Testar o equipamento antes de ser utilizado;
- Deixar o equipamento a disposição do cirurgião e/ou membros da equipe.

Execução:

- Apertar o "power" do painel;
- Auxiliar o cirurgião durante a instalação do equipamento, protegendo o membro com a malha tubular;
- Programar o equipamento, quando solicitado pelo cirurgião, caso o mesmo não o faça;
- Elevar o membro ou oferecer a faixa de smarsh para o médico, para favorecer o retorno venoso;
- Insuflar o "cuff", quando solicitado pelo médico;
- Verificar se a pressão exercida pelo "cuff" está de acordo com a desejada pelo cirurgião;
- Observar o funcionamento do equipamento e possíveis alarmes.

Pós - Execução:

- Desinflar o "cuff";
- Desligar o equipamento;
- Retirar o "cuff" e extensões do paciente;
- Desinfetar o "cuff" e as extensões com álcool a 70% e guardá-las no local apropriado;
- Desinfetar o equipamento com álcool a 70% e guardá-lo na sala de equipamentos;

- Registrar no impresso de "Pré, Trans e Pós-operatório" e no Débito Cirúrgico a utilização do equipamento.

Avaliação:

- Mau funcionamento do equipamento: informar os técnicos do Setor de Engenharia Clínica;
- Garroteamento insuficiente do membro, ocasionando sangramento indesejado: verificar pressão programada e comunicar ao cirurgião;
- Garroteamento excessivo, ocasionando lesões do membro: verificar pressão programada e informar à equipe médica.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Avaliar funcionamento adequado do equipamento e dos acessórios (verificar se estão bem conectados);
- Avaliar coloração e existência de edema no membro garroteado;
- Avaliar desinfecção do equipamento – antes e após sua utilização.

Lavagem Gástrica**Finalidades:**

- Preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias, estancar hemorragias gástricas ou esofágicas usando líquidos gelados e remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 sonda gástrica com o número compatível com o tamanho do paciente, 01 cuba-rim, esparadrapo, micropore, soro fisiológico 0,9% 500ml, 01 seringa de 10ml ou 20ml, 01 tubo de Xilocaina geleia, gaze, 01 coletor de urina aberto ou saco coletor, 01 equipo com injetor lateral.

Pré - Execução:

- Observar a prescrição médica;
- Preparar material;

- Solicitar o auxílio para a realização do procedimento, se necessário;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar luvas;
- Realizar sondagem gástrica conforme técnica própria;
- Fixar a sonda com micropore;
- Com a seringa, verificar se reflui suco gástrico ou resíduos;
- Infundir soro fisiológico 0,9% ou outra solução em seringa ou através do equipo, conforme prescrição médica;
- Aspirar o mesmo volume de solução que foi infundida, se necessário;
- Fazer lavagem até que o líquido retorne totalmente limpo, ou conforme orientação do enfermeiro / médico;
- Desprezar o líquido em cuba-rim se necessário;
- Observar aspecto, volume da solução retirada;
- Manter sonda aberta / fechada conforme orientação médica;
- Manter o paciente confortável e com a campainha a seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar fixação da sonda posicionamento adequado;
- Avaliar distensão abdominal;

- Avaliar débito (aspecto e volume);
- Avaliar presença de náuseas e vômitos.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Mobilização da sonda: Reposicionar a sonda;
- Bronco aspiração: Fazer aspiração naso-traqueal, verificar insuficiência respiratória e manter decúbito elevado;
- Distensão abdominal: Abrir / Aspirar sonda, observar náusea e vômitos;
- Posicionamento da sonda: verificar posicionamento da sonda e se necessário providenciar reposicionamento.

Instalação de Nutrição Parenteral**Finalidades:**

- Nutrição e hidratação do paciente impossibilitado de se alimentar por via oral ou através de sonda

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 equipo de bomba de infusão, 01 pacote de gaze esterilizada, 02 unidades de álcool Swab, 01 agulha Interlink para infusão contínua.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar material;
- Conferir o rótulo da solução de NPT;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e nome do paciente;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Utilizando técnica asséptica, fixar o equipo a bolsa de NPT eliminando ar;
- Proteger o equipo com ponta própria utilizando técnica asséptica;
- Fechar a pinça do equipo e inseri-lo na bomba de infusão;
- Instalar sistema de NPT à bomba de infusão;
- Programar bomba de infusão conforme prescrição;
- Fazer assepsia da conexão com álcool Swab;
- Conectar equipo da bomba de infusão ao acesso venoso exclusivo para a NPT, conectando agulha Interlink de infusão contínua;
- Abrir todas as pinças;
- Iniciar a infusão;
- 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;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Permeabilidade do cateter;
- Sinais e sintomas de reações adversas;
- Correto funcionamento da bomba de infusão.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reações adversas: suspender a infusão da solução de NPT, instalar solução glicosada a 10%, avisar o médico;



- Obstrução do cateter: suspender a infusão, puncionar acesso periférico, instalar solução glicosada a 10%, avisar o médico.

Manuseio de Bisturi Elétrico

Finalidades:

- Equipamento utilizado em procedimentos cirúrgicos, para corte e coagulação de tecidos.

Material Necessário:

- 01 Bisturi elétrico;
- 01 Pedal;
- 01 Cabo da placa isolante;
- 01 Placa isolante descartável (adulto e infantil);
- 01 Caneta de bisturi esterilizada.

Pré - Execução:

- Separar os equipamentos e acessórios;
- Encaminhar à sala de cirurgia.

Execução:

- Conectar o bisturi na rede elétrica;
- Conectar a placa isolante descartável no paciente mantendo amplo contato com a pele, em área que não corra risco de umidificá-la durante o ato cirúrgico, e sem contato com locais de protuberância óssea;
- Conectar o cabo na placa isolante;
- Aproximar o bisturi da mesa operatória;
- Conectar o cabo na placa do bisturi;
- Aguardar que o cirurgião forneça a extensão da caneta do bisturi e conectá-la no equipamento;
- Aproximar o pedal do bisturi do elemento da equipe que irá comandar o equipamento;

- Ligar o "Plug" do equipamento;
- Selecionar o grau de corte e coagulação conforme orientação do cirurgião.

Pós - Execução:

- Desligar o equipamento no "plug";
- Desligar o bisturi da rede elétrica;
- Vestir luvas de procedimentos;
- Desconectar o cabo e caneta do equipamento;
- Desprezar a placa no lixo;
- Fazer desinfecção do equipamento com álcool 70%;
- Encaminhar a caneta do bisturi para o expurgo da central de material esterilizado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Anotar na folha de débito do centro cirúrgico a utilização do equipamento.

Avaliação:

- Avaliar funcionamento adequado do equipamento;
- Verificar colocação adequada da placa do bisturi;
- Avaliar desinfecção do equipamento – antes e após sua utilização.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Não funcionamento por defeito no aparelho: acionar os técnicos da engenharia clínica;
- Não funcionamento do pedal: checar adaptação do pedal ao equipamento;
- Acionamento do alarme do bisturi por má adaptação dos acessórios: checar adaptações do cabo, placa e caneta; verificar área de fixação da placa do bisturi elétrico no paciente;
- Queimaduras químicas por não retirada do excesso de antisséptico (Chlorexidina ou PVPI) próximo à placa isolante: retirar a placa, limpar a região e avaliar danos causados.

Montagem do Cateter de Swan Ganz**Finalidades:**

- Montar material para a passagem de Swan Ganz.

Material Necessário:

- 03 Pacotes de gaze esterilizada; clorexidina alcoólica; 01 frasco Xylocaina 2% sem vasoconstritor; 03 campos cirúrgicos; 01 avental esterilizado; 01 máscara; 01 gorro; 01 par de luvas esterilizada; 01 kit introdutor 8,5; 02 transdutor de PA; 01 cateter de termo diluição Swan Ganz; fio mononylon 3.0; 01 caixa de curativo; 01 cuba-rim; 01 frasco de soro fisiológico 0,9% de 250ml com 0,25ml de Heparina; 01 cúpula; 02 frascos de soro fisiológico de 500ml com 0,5ml de Heparina cada; 02 pressurizadores; 01 suporte de soro; 01 suporte para transdutor PA; 01 monitor de débito contínuo; 02 cabos intermediários do cateter de Swan Ganz; 02 cabos intermediários do transdutor de PA; 01 módulo de PA invasiva; 01 régua de nível (PVC).

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar a mesa auxiliar próximo ao leito;
- Cobrir a mesa com campo esterilizado (técnica asséptica);
- Abrir e colocar materiais sob a mesa (técnica asséptica);
- Colocar 250ml de S.F. 0,9% com 0,25ml de Heparina na cuba-rim;
- Colocar clorexidina alcoólica na cúpula;
- Conectar cada equipo de transdutor de PA a um frasco de solução Heparinizado de 500ml de S.F. 0,9%;
- Preencher todo equipo e extensão do transdutor de P.A;
- Colocar cada frasco de solução Heparinizada em um pressurizador e em seguida, pressurizar o frasco até a linha verde;

- Pendurar o pressurizador no suporte de soro;
- Colocar o suporte de transdutor de P.A. no suporte de soro alinhado com a linha axilar média do paciente;
- Colocar o transdutor no suporte próprio;
- Conectar o transdutor de P.A. invasiva através do cabo intermediário de pressão;
- Conectar os cabos intermediários de Swan Ganz no monitor de débito cardíaco;
- Auxiliar o médico a paramentar-se;
- Conectar o cabo intermediário de Swan Ganz ao cateter, durante o procedimento;
- Auxiliar o médico no procedimento.

Pós - Execução:

- Encaminhar e desprezar o material sujo no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Certificação da utilização correta dos materiais.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Contaminação: refazer o procedimento com técnica correta;
- Refluxo de sangue para o Domus: reinstalar novo Domus;
- Presença de arritmia cardíaca: Observar monitor cardíaco, comunicar plantonista;
- Possibilidade de parada cardíaca: Observar monitor cardíaco, comunicar plantonista, manter carro de emergência próximo do leito;
- Presença de bolhas de ar no Domus: retirar o ar de dentro do Domus.

Mudança de Decúbito**Finalidades:**

- Prevenção de úlcera de decúbito.

Material Necessário:

- Cochins, lençóis e 01 par de luva de procedimento.

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Solicitar auxílio de um colaborador;
- Solicitar o material no almoxarifado;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar luvas;
- Cada um dos colaboradores deverá posicionar-se de um lado do leito;
- Com a travessa, mobilizar o paciente para o lado oposto ao qual ele ficará;
- Fletir o membro inferior oposto ao qual ele ficará;
- O colaborador do lado oposto, deverá colocar uma das mãos no ombro do paciente e a outra na flexão do joelho, puxando-o para cima;
- O colaborador posicionado atrás do paciente, deverá colocar o cochin, previamente protegido por um lençol, nas costas do mesmo evitando que retorne a posição anterior;
- Proteger a articulação dos joelhos colocando cochin entre eles;
- Levantar as grades de proteção;
- 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:

- Condições de segurança após posicionamento;
- Sinais de fraturas;
- Integridade cutânea.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Lesão de pele: fazer proteção de saliência ósseas;
- Posicionamento inadequado: corrigir e prevenir deformidades patológicas.

Preparo de leito cirúrgico**Finalidade:**

- Proporcionar conforto e segurança ao paciente em pós operatório.

Material necessário:

- Lençóis, forro, travessa e travesseiro com fronha.

Pré-execução:

- Observar tipo de cirurgia;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Remover a roupa de cama usada;
- Colocar o lençol de baixo de forma que permaneça esticado;
- Colocar o lençol móvel (travessa) na altura do quadril;
- Na cabeceira, colocar um forro em forma de leque;
- Colocar o lençol de cima e a colcha, sem prender as pontas;
- Enrolar a colcha junto ao lençol de cima;
- Checar a ordem e limpeza do quarto.

Pós-execução:

- Desprezar a roupa retirada em local adequado;
- Lavar as mãos.

Avaliação:

- Verificar o preparo correto do leito antes do retorno do paciente da sala de cirurgia.

Riscos/tomada de decisões:

- Preparo inadequado do leito – repetir o procedimento.

Restrição de Membros**Finalidades:**

- Conter pacientes que apresentam risco de queda eminente;
- Evitar a retirada de sondas e cateteres em pacientes não colaborativos.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimentos, atadura de crepe e algodão de acordo com a necessidade.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar material necessário;
- Solicitar auxílio de um colega;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou familiar quanto ao procedimento;
- Dispor material junto ao paciente;
- Colocar membro em posição apropriada;
- Proteger pele com algodão ortopédico da extremidade distal para a proximal;
- Enfaixar com atadura de crepe da extremidade distal para a proximal;
- Amarrar extremidade livre da atadura no leito. Não utilizar a grade;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Garroteamento do membro restringido.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Diminuição da perfusão no membro restringido: Retirar a restrição.

Transporte do paciente da Cadeira de Rodas / Poltrona Para o Leito**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 e o leito do paciente;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

- Colocar a cadeira de rodas/poltrona junto ao leito do paciente;

- Travar a cadeira de rodas;

- Elevar a cabeceira da cama;

- 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 na beira da cama;

- 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 conforto.

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 e o leito 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 antisepsia 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.

Sondagem retal**Finalidades:**

- Auxiliar eliminação de gases;
- Preparar o paciente para cirurgias/exames.

- Administrar medicamentos.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 sonda retal, 01 tubo de Xylocaina geléia, 05 gazes não esterilizadas, 01 saco de lixo pequeno, 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Observar calibre da sonda a ser utilizada;
- Preparar material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Dispor o material próximo ao paciente;
- Promover privacidade;
- Colocar o paciente em posição de SIMS (decúbito lateral esquerdo, com MIE estendido e MID fletido);
- Abrir os materiais sobre o campo;
- Calçar as luvas;
- Lubrificar a sonda com Xilocaina geleia;
- Com a mão não dominante, afastar os glúteos, a fim de visualizar o ânus;
- Solicitar que o paciente inspire profundamente e introduzir vagorosamente a sonda no reto;
- 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:

- Eficácia do procedimento;
- Integridade da mucosa.

Sondagem Gástrica**Finalidades:**

- Promover a drenagem do suco gástrico, promover a nutrição e/ou hidratação em pacientes com dificuldade de deglutição e administrar medicamentos.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 sonda nasogástrica 01 tubo de Xilocaina gel, gaze não esterilizada, 01 estetoscópio, 01 toalha e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- 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;
- Elevar decúbito do paciente;
- Calçar as luvas;
- Medir a distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha até o apêndice xifoide;
- Marcar a sonda;
- Colocar toalha sobre o tórax do paciente;
- Lubrificar a extremidade distal da sonda e a narina escolhida com xilocaina gel;
- Introduzir a sonda, lentamente, pela narina até o local marcado;
- Testar a localização da sonda, injetando 10-20 ml de ar pela sonda e procedendo ausculta abaixo do apêndice xifoide;
- Fixar a sonda na asa do nariz de face;
- Deixar a sonda fechada ou aberta, conforme solicitação médica;
- 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;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Posicionamento adequado da sonda;
- Sangramento;
- Observar e anotar débitos e aspectos de conteúdo drenado;
- Padrão respiratório;
- Escolha da via para realizar o procedimento (nasal/oral).

Riscos / Tomada de Decisão:

- Falso trajeto: avaliar posicionamento adequado da sonda (aspiração de suco gástrico ou introdução de 10 ml de ar auscultado pelo estetoscópio);
- Lesão de mucosa: avaliar presença de sangramento;
- Desconforto respiratório: avaliar padrão respiratório e comunicar;
- Introdução da sonda com medida maior de maneira que ultrapasse o estômago e se aloje no duodeno: avaliar posicionamento da sonda;
- Calibre da sonda inadequado ao tamanho do paciente: avaliar o calibre da sonda de acordo com o tamanho do paciente;
- Saída da sonda acidentalmente: repetir o procedimento de sondagem gástrica.

Transporte do paciente da maca para o leito**Finalidades:**

- Transportar o paciente cuja mobilização está comprometida.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento.

Pré - Execução:

- Solicitar auxílio de outro colaborador;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Alinhar a maca com o leito, observando o lado da cabeceira;
- Travar a maca;
- Calçar as luvas;
- Segurar o lençol que encontra-se embaixo do paciente;
- Levar o paciente da maca para a cama de forma sincronizada;
- Virar o paciente para o outro lado e retirar o lençol;
- 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 posição confortável;
- Avaliar posicionamento de drenos e cateteres.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Queda do paciente: reposicionar o paciente e comunicar a enfermeira;
- Mobilizar de forma inadequada: reposicionar o paciente;
- Mobilização de drenos e cateteres: comunicar a enfermeira para avaliação.

Transporte do paciente do leito para a maca

Finalidades:

- Transportar o paciente com restrições na deambulação.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento, 01 transfer, 01 maca e 01 lençol.

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Solicitar auxílio de outro colaborador;
- 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;
- Alinhar a maca ao leito;
- Travar a maca;
- Calçar luvas;
- Colocar o transfer sob o paciente e o lençol;
- Segurar o lençol que encontra-se embaixo da paciente;
- Transferi-lo para a maca de forma sincronizada;
- Virar o paciente de lado e retirar o lençol;
- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem.

Pós Execução:

- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar conforto e segurança do paciente;

- Avaliar posicionamento de drenos e cateteres.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Queda do paciente: reposicionar o paciente e comunicar a enfermeira para realizar o exame físico e avaliação do paciente;
- Mobilizar de forma inadequada: reposicionar o paciente e mobilizar adequadamente;
- Mobilização e drenos e cateteres: comunicar a enfermeira para avaliação do paciente e posicionamento correto de drenos e cateteres.

Troca de bolsa de ostomia**Finalidades:**

- Troca de bolsa/placa por apresentar-se danificada;
- Evitar vazamento.

Material Necessário:

- 01 Unidade de bolsa de colostomia com flange, 01 unidade de placa com flange, 01 clip para bolsa de ostomia, 10 unidades de gaze não esterilizada, 01 saco de lixo, 01 frasco de SF 0,9% - 125ml, 01 Par de luvas de procedimento, solução para remover adesivo, solução protetora da pele.

Pré - Execução:

- Observar a necessidade de troca;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Montar o material e deixá-lo próximo ao paciente;
- Promover privacidade;

- Calçar as luvas;
- Proteger a região abaixo da bolsa com toalha;
- Retirar a bolsa e a placa;
- Desprezar a bolsa e a placa contaminada no saco de lixo;
- Higienizar o estoma com soro fisiológico e gaze de fora para dentro, com movimentos firmes;
- Secar a pele;
- Usar a tabela ou padrão do estoma para determinar o tamanho do orifício;
- Desenhar o tamanho correto no verso da placa e cortar;
- Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa sobre a pele e em torno do estoma;
- Fixar a bolsa sobre as bordas da placa;
- Fechar a extremidade da bolsa com dispositivo próprio;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material sujo no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Integridade cutânea;
- Presença de vazamentos.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Lesão cutânea: proteção da pele com solução protetora e frequente da bolsa.

PROTÓCOLOS 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.

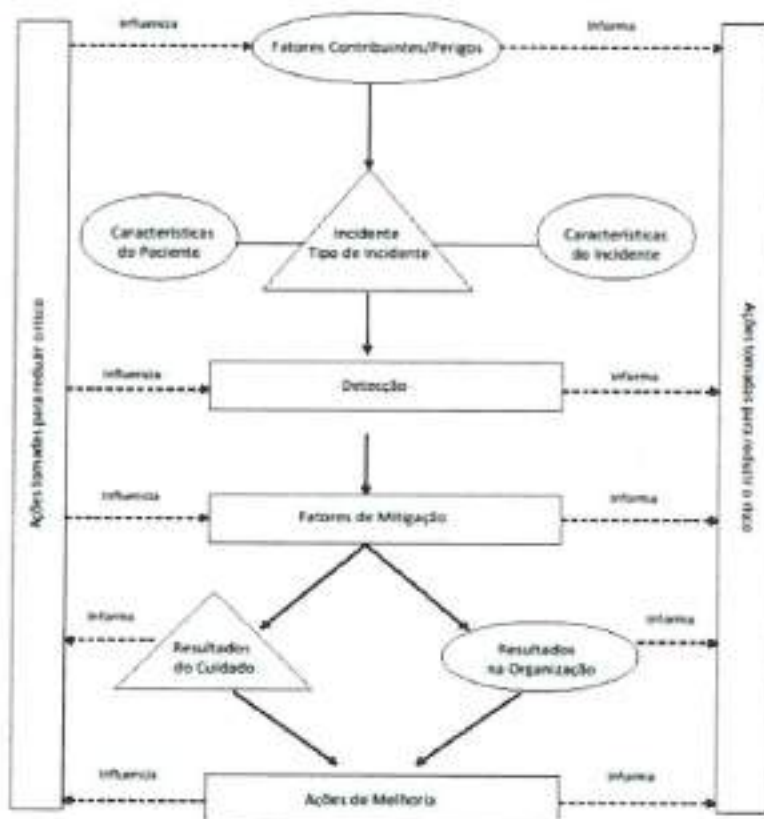
Esses protocolos são os recomendados pela OMS, quer nos desafios globais – prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura, quer nas chamadas soluções de segurança para o paciente – medicamentos com nomes e embalagens semelhantes; controle de soluções eletrolíticas concentradas; 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.

Figura 2 – Esquema Conceitual da Classificação Internacional de segurança do paciente da OMS



- Elementos do Sistema (Atividade de Fluxo, Processo, Estrutura)
- Categorias (categorias significativas e recorrentes para identificação e recuperação de incidentes)
- Informação do sistema

As setas e o tipo representam as relações causais entre os classes. As setas a 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.



PROTÓCOLOSPROTÓCOLO 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 20031 .

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 atendidos no serviço de emergência 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 no hospital. 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 no hospital, 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 de Luziânia.

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 (high alert 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 de Luziânia 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, contra-indicação, 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 hospitalar, 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 hospitalar e entre instituições hospitalares 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 deverão 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.

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA DEFINIÇÃO

O Protocolo de Cirurgia Segura se constitui em um conjunto de regras estabelecidas em um consenso internacional comandado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de tornar as intervenções cirúrgicas mais seguras para pacientes.

OBJETIVOS:

1. Reduzir a incidência de complicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos;
2. Prevenção de Cirurgia e Procedimentos Invasivos em local de intervenção errado, procedimento errado ou paciente errado.
3. Atender às metas de segurança do paciente:
 - * Uso do antibiótico profilático.
 - * Tricotomia Segura
 - * Controle Glicêmico
 - * Garantir a manutenção da normotermia em pós-operatório imediato
 - * Profilaxia de Tromboembolismo Venoso
 - * Prevenção de Pneumonia Associado à Ventilação Mecânica

INDICAÇÃO: Todos os pacientes a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos e procedimentos terapêuticos invasivos.

AGENDAMENTO CIRÚRGICO Cirurgião / Anestesista

- A solicitação de reserva de sala deve contemplar nome do procedimento que será realizado, a marcação da lateralidade pela equipe médica no nome do procedimento, sinalização com o preenchimento de presença de alergia e necessidade de isolamento para os pacientes internados.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO – PRÉ-OPERATÓRIO.

Cirurgião / Anestesista

- A equipe médica deverá avaliar o paciente e preencher os seguintes impressos: Anamnese e Exame Físico, Consentimentos Cirúrgicos e Anestésicos, Avaliação Pré-Anestésica, Demarcar Sítio Cirúrgico quando aplicável;
- Avaliação do Risco de Tromboembolismo Venoso e quando necessário solicita a reserva de prevenção mecânica com o uso de Botas Pneumáticas;
- A identificação do local de intervenção é uma atividade de inteira responsabilidade do médico executor do procedimento cirúrgico ou do procedimento terapêutico invasivo;
- Todo paciente submetido a procedimento cirúrgico e procedimento terapêutico invasivo que impliquem em lateralidade, estruturas múltiplas ou níveis múltiplos deverá ter o local de intervenção demarcado pelo cirurgião, médico executor do procedimento ou profissional médico por ele indicado.
- A identificação do local de intervenção deve ser feita na unidade de internação e sinalização recomendada (X) no paciente.
- Outros tipos de marcação são aceitáveis desde que toda a equipe entenda claramente o local de intervenção. As cirurgias que requerem marcação especial (plástica, varizes) devem utilizar marcação específica.
- Nos casos de emergência, onde a marcação não é obrigatória, o médico responsável deverá registrar o local e lateralidade de intervenção em prontuário.
- O paciente não será posicionado na sala de cirurgia sem a marcação, exceto em casos de emergência.

Exceções:

- Os casos onde a marcação não é necessária ou recomendada incluem:
 - Cirurgias e procedimentos em órgãos únicos;
 - Cirurgias e procedimentos de emergência;
 - Cirurgias e procedimentos em que o local da intervenção não é previamente definido, incluindo: cateterização cardíaca, inserção de cateter venoso central, inserção de cateter arterial, laparotomia exploradora.
 - Suturas e cuidados com ferimentos no PA ou centro cirúrgico;
 - Agulhamento mamário;
 - Presença de trações cutâneas, aparelho gessado ou imobilizadores em membros a serem operados que serão retirados pelo cirurgião, na sala

operatória, após o procedimento de TIME OUT. - Dente e face - indicar nome e local no consentimento informado. Evitar abreviaturas.

Recusa do paciente - registrar em prontuário procedimento aplicável.

- No caso de recusa do paciente que não se enquadra nas exceções, documentar em prontuário a recusa e certificar-se que o lado correto consta do consentimento informado e demais documentos necessários para cirurgia.

Enfermagem

- O enfermeiro deverá avaliar o paciente, realizar anamnese, exame físico e preencher o impresso de Ficha Pré-operatório;
- A equipe de enfermagem deverá realizar avaliação inicial com verificação e registro dos sinais vitais e controle de glicemia capilar;
- Orientar e retirar órteses, próteses e adornos do paciente;
- Encaminhar com o paciente os exames complementares relevantes para a realização do procedimento cirúrgico;
- Verificar o preenchimento correto e completo dos seguintes documentos: Avaliação pré-anestésica, Consentimento cirúrgico, Consentimento anestésico.

Enfermagem

- O Enfermeiro recebe o paciente e confere a pulseira de identificação, se todos os impressos estão no prontuário, termos assinados, exames de imagem, confirma com o paciente o procedimento, lateralidade e médico, verifica se o sítio cirúrgico (quando aplicável) está demarcado de forma correta e se não há divergência com os impressos do prontuário;
- Verifica a realização da tricotomia ou a necessidade de realizar em S.O com o tricotomizador;
- Caso seja encontrada alguma não conformidade o paciente não poderá ser encaminhado à sala de cirurgia, devendo permanecer na recuperação anestésica até que as não conformidades sejam regularizadas;
- Realiza conferência diária dos equipamentos fixos em sala e testa os equipamentos necessários para cada procedimento.

TIME OUT antes do início do procedimento e antes da indução anestésica:

Deve ocorrer na presença do Médico Anestesista e de um Médico membro da equipe cirúrgica (Cirurgião principal e/ou Médico Assistente)

Enfermagem

• Neste momento confere, em voz alta, na presença do médico e do anestesista, os itens de verificação:

- Paciente certo: Checagem da identificação do paciente quanto ao nome completo e número do prontuário;
- Procedimento certo: checagem no prontuário do procedimento agendado;
- Local certo: local da cirurgia demarcado de acordo com o procedimento agendado;
- Equipamentos, materiais (incluindo implantes e próteses) e medicamentos certos em sala, conforme estabelecido pela equipe médica;
- Documentação certa: anamnese, exame físico, avaliação pré-anestésica e consentimentos preenchidos; exames complementares relevantes para o procedimento em sala.
- Na presença de não conformidade em qualquer item deste processo, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da não conformidade;
 - Verifica o funcionamento do termômetro do monitor com a finalidade de controlar a normotermia.
 - Realiza e anota o controle inicial dos sinais vitais;
 - Verificação do funcionamento e posicionamento do oxímetro de pulso;
 - Confirmação de identificação de alergia.

Médico (Anestesiologista / Cirurgião)

- O médico anestesiologista realiza o funcionamento do aparelho de anestesia antes do paciente entrar em sala;
- Confirma o risco de via aérea e o risco de aspiração, confirmar o funcionamento do equipamento ventilatório;
- Avalia a necessidade do uso de manta térmica;

- Avaliar risco de perda sanguínea, e necessidade de acesso venoso apropriado e fluidos de reposição disponíveis;
- Verificação e/ ou administração do antibiótico profilático;
- Confirma se todos os exames de imagem do paciente estão visíveis na sala cirúrgica (quando aplicável) Médico (Anestesiologista / Cirurgião)
- Confirmação do paciente certo, lateralidade e procedimento;
- Revisa os passos críticos e inesperados, duração da cirurgia e perda sanguínea prevista.

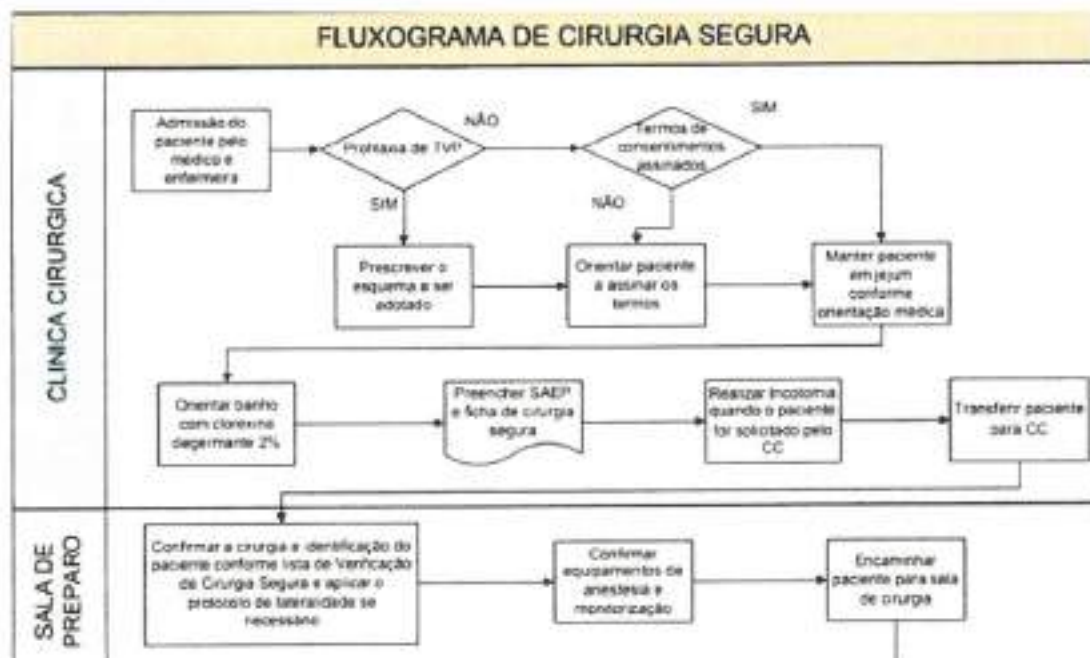
TIME OUT antes do paciente sair de sala Enfermagem

- Ao término do procedimento, a equipe de enfermagem deverá realizar confirmação do procedimento realizado, conferência de compressas, gazes, agulhas, identificação de peças anatômicas, revisão de equipamentos, documentação do prontuário correto, uso de materiais de acordo com a autorização;
 - Confirmar o uso do Antibiótico profilático e sua anotação pelo anestesiologista na Ficha de Anestesia;
 - Confirmar com a equipe médica o encaminhado para a recuperação anestésica e/ou unidade de internação cirúrgica e unidade de terapia intensiva;
 - Após a conformidade de todos os itens a equipe de enfermagem deverá conduzir o paciente ao seu destino. Médico (Anestesiologista / Cirurgião)
 - Orienta os principais cuidados referente ao procedimento e recuperação do paciente;
- Realiza a descrição cirúrgica. **∞ RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA**

Enfermagem

- Realiza e anota o controle da normotermia e necessidade do uso da manta térmica;
- Realiza o controle dos sinais vitais e comunica alterações;
- Aplicação da escala de Dor e Aldret;

- O Enfermeiro realiza o plano de cuidados individualizado, pertinente a cada cirurgia;
 - Realiza passagem de plantão para o enfermeiro da unidade de origem após alta do anestesista, comunicando se houve alterações e/ou intercorrências no transoperatório.
- O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar realiza o acompanhamento dos pacientes que permaneceram entubados pós procedimento cirúrgico para orientação e aplicação de medidas preventivas de pneumonia associada à ventilação mecânica - PAV.



PROTOCOLO 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 consequentemente 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.

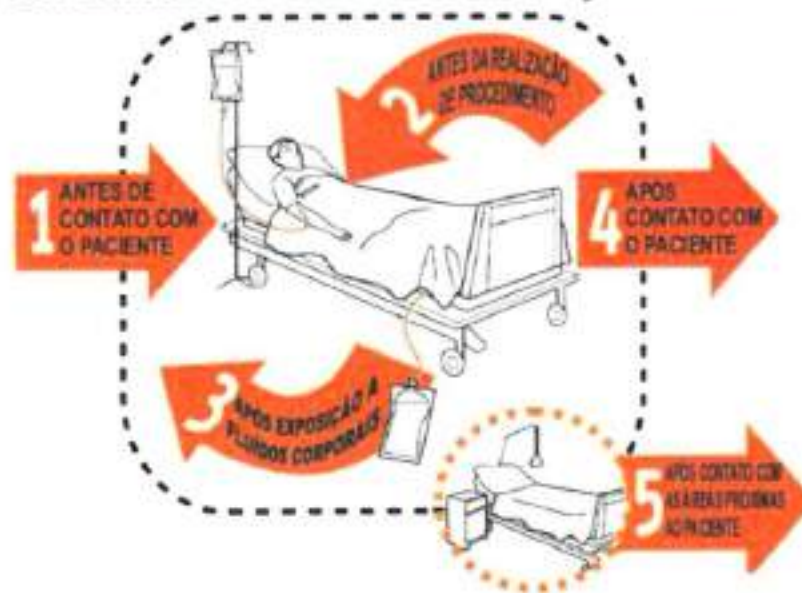
4. Intervenções

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). A 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?

Fricção de mãos com Preparações Alcoólicas? Higienize as mãos com água e sabão apenas quando estiverem visivelmente sujas!

 Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



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



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.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS:

É a assistência multidisciplinar no monitoramento e implementação de medidas para prevenção de quedas em pacientes internados, em atendimento no Pronto Socorro e nos Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêutico.

DEFINIÇÃO DE QUEDA: Para a Sociedade Brasileira de Gerontologia (SBGG) a queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocada por circunstâncias multifatoriais que compromete a estabilidade, sendo esta referência adotada no Hospital Samaritano.

SÃO CONSIDERADAS COMO QUEDAS AS SEGUINTE SITUAÇÕES:

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

FATORES QUE PREDISPÕEM AO RISCO PARA QUEDA

- Alteração do estado mental (confuso ou agitado);
- Distúrbio neurológico;
- Prejuízo do equilíbrio da marcha;
- Déficit sensitivo;
- Queda anterior;

- Medicamentos que alteram o Sistema Nervoso Central;
- Idade > 60 anos e todas as crianças;
- Urgência urinária/intestinal.

AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS:

- Todos os pacientes são avaliados para risco de queda pelo enfermeiro, diariamente, a partir da admissão até o momento da alta;
- O impresso para avaliação de risco é preenchido individualmente por paciente.
- É considerada existência de risco de queda se for identificado um ou mais fatores de risco;
- Após avaliação, se detectado risco de queda, o enfermeiro realiza o diagnóstico de enfermagem, implementa as medidas preventivas padronizadas e outras de caráter individualizado;
- A Comissão de Prevenção de Queda elabora o Banco de dados das notificações de queda, bem como analisa as ocorrências, para posterior análise estatística pelo núcleo de epidemiologia e confecção de relatório técnico.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Equipe de Enfermagem:

- Implementar as medidas de prevenção para queda de acordo com a prescrição de enfermagem;
- Revalidar as orientações a cada plantão e checar a compreensão do paciente e acompanhante;
- Realizar a anotação de enfermagem, registrando as condições clínicas e neurológicas do paciente, orientações fornecidas, bem como as medidas implementadas para a prevenção da queda.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Folder de orientação de Prevenção de Queda;

2. Impresso de Avaliação de Risco;
3. Material para restrição no leito (se necessário);
4. Medicação prescrita (se necessário);
5. Protetores de grades da cama;
6. Etiqueta de identificação de impressos para risco de queda;
7. Placa de identificação de Risco de queda para portas;
8. Faixa de proteção para macas, camas e poltronas.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO EXECUTADO PELA ENFERMAGEM:

- Entregar, na admissão do paciente, o folder de orientação de Prevenção de Queda e realiza orientação ao paciente e acompanhante.
- Orientar Paciente e Acompanhante quanto ao Risco de Queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
- Manter a Campainha ao alcance do Paciente;
- Manter a cama na posição baixa e com rodas travadas;
- Manter as grades de proteção elevadas e, se necessário, utilizar protetores entre o vão das grades;
- Utilizar faixa com velcro para proteção;
- Utilizar cintos de segurança nos carrinhos da brinquedoteca;
- Estabelecer limite de idade para uso dos carrinhos da brinquedoteca;
- Manter a área de circulação, do apartamento, livre de móveis e utensílios;
- Auxiliar na deambulação os pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;

- Notificar os Serviços de Diagnósticos quanto ao risco de queda, identificando a requisição de exames com etiqueta de risco;
- Identificar o prontuário com etiqueta de risco de queda;
- Identificar a porta com placa de risco de queda;
- Registrar em prontuário todas as intervenções realizadas;
- Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante
- Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
- Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranqüilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos;
- Manter vigilância e agilidade no atendimento às campanhas.

NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE QUEDA:

- Em caso de ocorrência de queda, encaminhar o paciente ao leito, comunicar a enfermeira de plantão para avaliação e exame físico;
- Na ausência do médico responsável pelo paciente, a enfermeira solicita a avaliação do médico do Pronto Socorro Adulto ou em casos de crianças solicita o médico pediatra;
- Registrar no prontuário as circunstâncias em que ocorreu a queda e conduta médica;
- Preencher o impresso de Ficha de Ocorrência de Queda;
- Encaminhar a Ficha de Ocorrência de Queda para a Supervisão de Enfermagem e Comissão de Prevenção de Quedas para análise.

DADOS MONITORADOS NAS OCORRÊNCIAS DE QUEDA

- Risco de queda identificado na admissão;
- Período do dia em que ocorreu o evento;
- Local da queda;
- Como ocorreu a queda;
- Se o paciente estava sozinho ou com acompanhante;
- Fatores que predisõem ao risco;
- Morbidade presente;
- Medicamentos em uso;
- Registro da avaliação / conduta médica após a queda;

- Perfil dos pacientes que apresentam Quedas;
- Consequências das quedas;
- Causas das Quedas;
- Qualidade dos registros de enfermagem;
- Prorrogação no tempo de permanência.



PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA
ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

ANEXO I



PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO
FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS

ANEXO II



PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS

ANEXO III





PROPOSTA TÉCNICA

**HOSPITAL
ESTADUAL DE
LUZIÂNIA**

**ÁREA DE
QUALIDADE**

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

ÁREA DE QUALIDADE**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (membros e finalidade)****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 do hospital, 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

Regimento Interno da CEM HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA:

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 hospitalar.

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 ao Hospital, 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 de Luziânia, 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 de Luziânia:

- 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 do Hospital;
- VI – Fornecer subsídios à Direção do Hospital Estadual de Luziânia, 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 Comissão de Verificação de Óbitos, através do exame dos relatórios da totalidade dos óbitos ocorridos no Hospital Estadual de Luziânia e seus laudos necroscópicos quando existirem, que deverão ser encaminhados regularmente a CEM, 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 de Luziânia, 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 consultas 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- Secretariar 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 – Confeção 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 de Luziânia, 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 de Luziânia, 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.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO 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										
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 forma de identificar melhorias nos processos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
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 a Lei de Acesso a Informação				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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

As reuniões ordinárias ocorrerão nas primeiras quartas-feiras de cada mês, às 13 horas, na sala de reunião do Hospital Estadual de Luziânia.



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **Comissão de Ética Médica**.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da **Comissão de Ética Médica**: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir 'com presença de todos os membros'), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão de Ética Médica, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM (membros
e finalidade)

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 de Luziânia, 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 de Luziânia, 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, COREN-GO ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno da CEE n do Hospital Estadual de Luziânia:****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 de Luziânia terá sede, a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, 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 de Luziânia. 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 Hospitalar e Diretorias Hospital Estadual de Luziânia, 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.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO Comissão de											
	Ética de Enfermagem											
	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
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 casos analisados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto ao exercício profissional com ética			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme a Lei de Acesso a Informação				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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **Comissão de Ética de Enfermagem**.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da **Comissão de Ética de Enfermagem**: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO
HOSPITALAR (membros e finalidade)**

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- Setor de Terapia Intensiva;

IV- Corpo Clínico;

V- Setor de farmácia;

VI -Laboratório de microbiologia;

VII- Enfermagem;

VIII- CME;

IX- Centro Cirúrgico;

X – Representante do NQSP;

XI – Representante da nutrição;

XII – Representante do NVE;

XIII- 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 hospitalares o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno da CCIH do Hospital Estadual de Luziânia:****CAPÍTULO I
DA CATEGORIA, FINALIDADE, VINCULAÇÃO**

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Estadual de Luziânia- CCIH 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 Hospitalares o conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível de incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Parágrafo segundo- Entende-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida 48 horas após a internação de um paciente na unidade e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta (48 horas), quando puder ser relacionada com a hospitalização.

Art. 3º A CCIH vincula-se diretamente a Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia. A obrigatoriedade da manutenção do programa de controle de infecção hospitalar pelos hospitais 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 hospitalares a observação ativa, sistemática, contínua 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 – Setor de Terapia Intensiva;

IV – Corpo Clínico;

V- Setor de farmácia;

VI – Laboratório de microbiologia;

VII – Enfermagem;

VIII- CME;

IX- Centro Cirúrgico;

X – Representante do NQSP;

XI- Representante do NVE;

XII – Representante da nutrição;

XIII- 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 de Luziânia;

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 hospitalares;

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 a saúde (PAS) do Hospital Estadual de Luziânia;

IX- Estabelecer normas referentes à problemática de infecção relacionada a assistência hospitalar nos setores de equipamento, rouparia, lavanderia, materiais de consumo,



hidráulica, eletricidade, ar-condicionado, cozinha, lixo, transporte, limpeza, saneamento, antissepsia, desinfecção, 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 à causas hospitalares;

III- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado;

IV- Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação das normas técnico-administrativas visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;

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 todo o hospital:

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 hospitalares no hospital, 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 de Luziânia, verificando sua adequação em relação ao problema de infecção hospitalar;

XI- Emitir parecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo, equipamentos cujo uso possa facilitar infecção hospitalar;

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 hospitalares;

SEÇÃO III- DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES GERAIS DO PRESIDENTE CCIH/ SCIRAS

Art. 10º Ao Presidente da CCIH/SCIRAS incumbe: dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do SCIRAS 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 de Luziânia:

- I- Nomear a CCIH de ato próprio;
- II- Proporcionar a infraestrutura necessária para correta operacionalização da CCIH e do SCIrAS;
- 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/SCIRAS compete:

- I- Realizar a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;
- 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 hospitalar, 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 hospitalar;
- 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 hospitalares;
- 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 Hospitalares através do método de busca ativa;

II- Estabelecer e manter registro de infecções por paciente dentro do hospital;

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 do hospital 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 do hospital em áreas críticas e semicríticas;

VII- Normatizar, junto com outros membros de CCIH/SCIRAS o uso de germicidas hospitalares;

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 hospitalares;

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 lavanderia;

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 de internação;

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 hospitalar 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. 16º - 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. 17º - O SCISS reunir-se-á ordinariamente semanalmente e extraordinariamente por convocação de sua Chefia ou em decorrência de proposição da maioria simples dos seus componentes.

PARÁGRAFO 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. 18º O Colegiado da CCIH instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 10 componentes;

Art. 19º Quando a pauta da reunião constar matérias cuja discussão seja inadiável, sob pena de acarretar prejuízos aos pacientes, estas serão analisadas 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.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR											
	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
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 casos analisados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme a Lei de Acesso a Informação				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA 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 de Luziânia 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:

CIPA	Nº de Empregados no Estabelecimento	Nº de Membros de CIPA											Total de membros para cada grupo de 2.500 empregados			
		0-25	26-50	51-100	101-200	201-500	501-1.000	1.001-2.500	2.501-5.000	5.001-10.000	10.001-25.000	25.001-50.000				
C-1	Elétrico		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	2
	Suplente		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	2
C-1a	Elétrico		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	2
	Suplente		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	2
C-2	Elétrico		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	2
	Suplente		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	2
C-3	Elétrico		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	2
	Suplente		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	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 preeventiva 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 E CRONOGRAMARegimento Interno da CIPA do Hospital Estadual de Luziânia:**CAPÍTULO I****DA JUSTIFICATIVA LEGAL**

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, do Hospital Estadual de Luziânia 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 empregados do hospital, 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 de Luziânia, 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; 5. 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 de Luziânia 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.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Divulgação da eleição/período de inscrição dos candidatos/votação/resultado	X										
Treinamento		X										
Posse		X										
Aprovação do Regimento Interno da Comissão		X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	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 casos analisados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme a Lei de Acesso a Informação				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES**.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, reuniram-se os membros da **COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES**: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E
ESTATÍSTICA**

A Comissão de Documentação Médica e Estatística -CMDE, deve ser constituída em atendimento a determinação a Resolução nº 1638/2002, que define o prontuário médico e torna obrigatória a criação desta comissão nas instituições de saúde, além de atender a Portaria Interministerial nº 285 de 24 de março de 2015 que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino e determina a constituição, e o permanente funcionamento, das comissões, e o permanente funcionamento, das comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares.

Membros:

A Comissão será composta pelos seguintes profissionais do quadro funcional do Hospital Estadual de Luziânia, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral, sendo direcionada em sua atuação pelo Regimento Interno da mesma, conforme exposto abaixo:

- I – Um representante da Comissão de Ética Médica;
- II- Um representante do setor multiprofissional;
- III- Um representante da divisão de enfermagem;
- IV- Um representante do setor de gestão de processos e tecnologia da informação;
- V- Um representante da Diretoria Geral;
- VI – Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- VII- Um representante do setor de planejamento;
- VIII- Um representante da Comissão de Revisão de Prontuários;
- IX – Um representante do Serviço de Regulação Assistencial.

X- Um representante do setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação.

Finalidade:

A CDME tem por finalidade formular diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários de atendimento hospitalar e ambulatorial dos pacientes no Hospital Estadual de Luziânia, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento, monitorar a qualidade da sua informação e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos registrados, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em saúde.



REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno da CDME do Hospital Estadual de Luziânia:****CAPÍTULO I****DA LEGISLAÇÃO E FINALIDADE**

Art. 1º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do Hospital Estadual de Luziânia será instituída por Portaria nº XXX, de XX, XXXX de XXXX.

§ 1º A CDME é vinculada diretamente à Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia que deve assegurar-lhes os meios adequados para seu funcionamento.

§ 2º A CDME terá seu funcionamento regulamentado por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

Art. 2º A CDME tem por finalidade formular diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários de atendimento hospitalar e ambulatorial dos pacientes atendidos no Hospital Estadual de Luziânia, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento, monitorar a qualidade da sua informação e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos registrados, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em saúde.

Art. 3º A CDME objetiva:

I – Atender a Portaria Interministerial nº 285 de 24 de março de 2015 que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino e determina a constituição, e o permanente funcionamento, das comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares;

II – Atender a Resolução CFM nº 1638/2002, que define prontuário 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 III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A CDME terá composição multiprofissional, contando com 09 (nove) membros titulares.

Art. 5º As indicações para integrar a CDME serão submetidas à aprovação da Diretoria e se processarão da seguinte forma:

- I – Um representante da Comissão de Ética Médica;
- II – Um representante da Divisão de Enfermagem;
- III- Um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação;
- IV- Um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação;
- V – Um representante da Diretoria Geral;
- VI- Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- VII - Um representante da Unidade de Planejamento;
- VIII- Um representante da Comissão de Revisão de Prontuários;
- IX – Um representante do Serviço de Regulação Assistencial.

Art. 6º O presidente terá sua indicação na portaria de nomeação da comissão e exercerá seu mandato por tempo indeterminado.

Art. 7º O secretário será eleito pelos seus pares, para exercer sua função por tempo indeterminado.

CAPÍTULO IV**DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 8º Compete à CDME:

I – Validar modelos de impressos que irão compor o prontuário médico do Hospital Estadual de Luziânia;

II – Validar modelos de impressos a serem utilizados em quaisquer outras situações em que dados sobre pacientes do Hospital Estadual de Luziânia venham a ser registrados ou divulgados;

III- Recomendar inclusão e exclusão de formulários;

IV – Impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidades destes;

V – Orientar o correto preenchimento dos impressos e monitorar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário;

Identificação do paciente;

Anamnese;

Exame físico;

Exames complementares, bem como seus respectivos resultados;

Hipóteses diagnósticas;

Diagnóstico definitivo;

Tratamento efetuado;

Registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica, consignando data e horário;

Outros documentos pertinentes ao atendimento.

I – Validar regras de acesso e manuseio do prontuário, para os diversos fins: assistência, ensino, demanda judicial e do próprio paciente ou do respectivo representante legal;

II – Examinar e emitir pareceres quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pelo Hospital Estadual de Luziânia;

III – Criar e aprovar normas que regulamentem o fluxo de prontuários da instituição;

IV- Colaborar com as normas de arquivamento/ guarda dos prontuários, abrangendo os processos de trabalho e a estrutura física necessária;

V- Manter estreita relação com a Comissão de Ética;

VI – Médica, Comissão de Revisão de Prontuários e Núcleo de Educação Permanente do Hospital Estadual de Luziânia, com as quais deverão ser discutidos assuntos de sua competência;

VII – Propor relatórios estatísticos que deverão ser gerados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME do Hospital Estadual de Luziânia;

VIII- Discutir em conjunto com a administração e SAME, como obter os dados e sugerir os cálculos estatísticos a serem utilizados;

IX – Informar a obrigatoriedade dos registros com letra legível por todos os profissionais que atenderam ao paciente, bem como da assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no Conselho de classe;

X – Normatizar o preenchimento das contrarreferências/resumos de altas;

XI – Hospitalares, conforme orientação da legislação do SUS e dos Conselhos de classe;

Art. 9º Ao presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CDME e, especificamente;

- I – Representar a CDME em suas relações internas externas;
- II- Presidir as reuniões;
- III- Promover a convocação das reuniões;
- IV- Fazer cumprir o regimento;
- V – Suscitar pronunciamento da CDME quanto a questões relativas à documentação e informação médica e de dados estatísticos;
- VI – Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- VII – Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
- VIII- Repassar todos os documentos informativos, fluxogramas, estruturação, regimento para Gerência de Atenção à Saúde – GAS e Diretoria;
- IX- Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

Parágrafo único – Na ausência ou impedimento temporário do presidente da CDME, suas funções serão exercidas interinamente pelo secretário, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente.

Art. 10º Aos membros incumbe:

- I- Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II- Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III- Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV- Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V- Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão;

VI – Ao membro eleito de forma interina, substituir o presidente quando das suas ausências e impedimentos.

Art. 11º Ao secretário da CDME:

I – Assistir as reuniões;

II – Preparar e encaminhar o expediente;

III – Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;

IV – Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V – Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

Parágrafo único – Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 12º A CDME reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, na primeira sexta-feira do mês, e extraordinariamente sempre que necessário, por convocação do seu Presidente, sendo suas decisões tomadas por maioria de votos. Em processos considerados excepcionais, a critério do Presidente, a CDME decidirá pelo voto da maioria absoluta (metade mais um de todos os seus integrantes).

§ 1º A CDME instalar-se-á e deliberará com a presença de, no mínimo, 70% dos seus membros, devendo ser verificado o quórum no início de cada sessão.

§ 2º As decisões da Comissão serão aprovadas por maioria simples.

§ 3º Os membros da Comissão que faltarem a vinte e cinco por cento do total de reuniões ordinárias durante o ano corrente, consecutivas ou não, sem justificativa, serão sumariamente destituídos.

§ 4º No caso da saída de qualquer membro da CDME deverá haver indicação de novo membro pela Gerência de Atenção à Saúde.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÃO GERAIS

Art. 13º A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CDME, a equipe de governança do Hospital Estadual de Luziânia proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 14º A CDME, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 15º A CDME no desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário, poderá criar subcomissões para assuntos específicos.

Art. 16º 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, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 17º Os membros não receberão qualquer remuneração por sua participação na CDME e seus serviços prestados serão considerados, para todos os efeitos, como participação de atividade institucional.

Art. 18º Os casos omissos serão resolvidos pela CDME, em conjunto com a Diretoria do Hospital Estadual de Luziânia.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação da CDME, através de uma Resolução do Diretor Geral, indicando nominalmente os membros	X											
Aprovar o regimento interno da CDME.		X										
Elaborar o programa de atuação para o primeiro ano de atuação da CDME.		X										
Elaborar programa de palestras.		X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	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
Realizar a revisão dos prontuários e proceder a emissão de documentos de acordo com a demanda externa ou interna solicitada.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA.**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA
(membros e finalidade)

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 hospitalar, a Comissão de Farmácia e Terapêutica é de grande importância, para que haja segurança e qualidade na prestação do serviço de saúde.

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 de Luziânia 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 de Luziânia.

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 SCIRAS;
- 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 no hospital;

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**Regimento Interno da CFT do Hospital Estadual de Luziânia:****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 de Luziânia.

**CAPÍTULO II
DAS FINALIDADES**

Art. 2º A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT tem por finalidade regulamentar e padronizar medicamentos e materiais médicos utilizados no hospital devendo para isso elaborar uma listagem de medicações que estarão disponíveis no Hospital Estadual de Luziânia. 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 de Luziânia.

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 do Hospital, 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/Clinico;

III- Enfermeiro Responsável Técnico;

IV- Representante do SClrAS;

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 hospitalares.

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 no hospital;

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 hospitalares;

VII- Promover estudos de custo efetividade de medicamentos e insumos hospitalares;

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 hospitalares;

X- Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;

XI- Propor policia de prescrição, dispensação e utilização de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

XII- Informar o Setor de Compras, através da ficha de reclamação técnica- qualquer não conformidade apresentada pelos medicamentos, materiais hospitalares e equipamentos;

XIII- Gerenciar e controlar as notificações e eventos adversos decorrentes do uso de quaisquer, medicamentos, materiais e equipamentos hospitalar 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 de Luziânia;

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 (do hospital 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 de Luziânia, 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 de Luziânia;

§ 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 ao Hospital Estadual de Luziânia, 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 de Luziânia, 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 de Luziânia, 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 do Hospital Estadual de Luziânia;

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 recomponem a padronização do Hospital Estadual de Luziânia, 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

REPUBLICAÇÃO 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 ao Hospital Estadual de Luziânia, 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 do hospital 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 de Luziânia.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Definição com a Diretoria geral e técnica sobre a indicação dos membros da Comissão	X										
Estruturação dos membros		X										
Aprovação do Regimento Interno		X										
Elaborar programa		X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	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 pareceres		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA.**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE
SAÚDE (membros e finalidade)****Membros:**

A Comissão de Resíduos dos Serviços de Saúde do Hospital Estadual de Luziânia 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 de Luziânia 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 de Luziânia, 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 (SESMET OU SOST);
- III- Representante do Departamento de Assistência Farmacêutica;
- IV- Representante do Laboratório Clínico;
- V- Representante da Agência Transfusional;
- VI- Representante da Divisão de Enfermagem;
- VII- Representante do Departamento de Higienização e Conservação;
- VIII-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 de Luziânia.

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**Regimento Interno da CRSS do Hospital Estadual de Luziânia:****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 de Luziânia 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 de Luziânia;

III- Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas.

**CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO**

Art. 3º - A CRSS do Hospital Estadual de Luziânia 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 (SESMET OU SOST);

III- Representante do Departamento de Assistência Farmacêutica;

IV- Representante do Laboratório Clínico;

V- Representante da Agência Transfusional;

VI- Representante da Divisão de Enfermagem;

VII- Representante do Departamento de Higienização e Conservação;

VIII-Representante do Conselho Gestor.

Art. 4º - A Comissão de Gerenciamento de Resíduos do Hospital Estadual de Luziânia, 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 de Luziânia;

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 de Luziânia 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 do hospital;

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 de Luziânia.

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 de Luziânia:

I- Estabelecer critérios técnicos para o planejamento e execução do PGRSS do Hospital Estadual de Luziânia;

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 hospitalar 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 SCIRAS;
- 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.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criar a Comissão	X											
Elaboração do PGRSS	X											
Aprovação do Regimento Interno		X										
Desenvolver plano de ações para implantação e treinamento do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, PGRSS	X	X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborando relatório.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Discussões de medidas educativas e eficácia da implantação			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde.**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL (membros e
finalidade)****Membros:**

Em observância à vários regramentos jurídicos sobre o tema, o Comitê Transfusional terá em sua composição membros da equipe multidisciplinar, dada a complexidade de seu campo de atuação.

Oficialmente é criado com um coordenador e demais membros.

O coordenador deverá ser médico indicado pela direção do Hospital Estadual de Luziânia.

Os demais membros serão médicos e/ou enfermeiros dos principais setores do hospital que transfundem com frequência; um profissional do laboratório, administrativo, do serviço hemoterápico e do setor educacional.

Deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços; e as indicações deverão recair em profissionais com experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

O responsável técnico da Agência Transfusional fará parte do Comitê Transfusional, podendo ser designado como Presidente ou vice-presidente.

Finalidade:

I- Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;

II- Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pela SES/GO em consonância às disposições legais e às orientações normativas do Ministério da Saúde e da SES/GO.

III- Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;

IV- Monitorar as reações transfusionais;

V- Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;

VI – Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação;

VII- Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno do Comitê Transfusional do Hospital Estadual de Luziânia:****CAPÍTULO I
CATEGORIA E FINALIDADES**

Art. 1º - O Comitê Transfusional do Hospital Estadual de Luziânia é de natureza técnico científica permanente, com funções educativas. Tem por finalidade o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterápicas na unidade.

Art. 2º - Atender à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n 34 de 11 de junho de 2014, que dispõe:

Todos os serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais e possuam serviço de hemoterapia devem constituir comitê transfusional do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia.

Parágrafo único – O serviço de saúde que realize transfusão, mas não possua serviço de hemoterapia deverá participar das atividades do comitê transfusional relacionado ao serviço de hemoterapia que o assiste ou constituir o seu próprio comitê.

**CAPÍTULO II
SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO**

Art. 3º O Comitê terá composição multidisciplinar e multiprofissional. Deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços; e as indicações deverão recair em profissionais com experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

Art. 4º O responsável técnico da Agência Transfusional fará parte do Comitê Transfusional, podendo ser designado como Presidente ou Vice- Presidente.

Art. 5º O Diretor Clínico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição dos integrantes do Comitê.

Art. 6º As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas, sendo feito a nomeação publicada em boletim de serviço.

Art. 7º O Comitê poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de suas funções, sempre que julgar necessário.

Art. 8º Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

Art. 9º Afim de assegurar o suporte técnico e operacional indispensável à eficiência do Comitê, a Diretoria Técnica, por meio do serviço de apoio administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

SEÇÃO II- FUNCIONAMENTO

Art. 10º - O Comitê reunir-se-á ordinariamente a cada 03 meses e extraordinariamente quando convocado pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros. O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o quórum em cada sessão;

- O presidente terá voto de qualidade;

- As deliberações do Comitê tomadas "Ad Referendum" deverão ser encaminhadas ao plenário do Comitê para deliberação desta, na primeira sessão; e

- As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em cartas endereçadas à Diretoria Clínica.

Art. 11º É facultativo ao Presidente ou aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão deliberada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 12º A votação será nominal.

Art. 13º O Comitê, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativa ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 14º Os expedientes serão sujeitos à análise do Comitê que poderão ser encaminhados pela Diretoria Técnica.

Parágrafo único: Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pelo Secretário, por indicação do Presidente ou por membro designado.

Art. 15º - A sequência das reuniões do Comitê será a seguinte:

I- A verificação da presença do Presidente, em caso de ausência, abertura dos trabalhos pelo vice-presidente;

II- Verificação da presença e existência de quórum;

III- Votação e assinatura da ata da reunião anterior;

IV- Leitura e despacho do expediente;

V- Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VI- Organização da pauta da próxima reunião;

VII- Distribuição de expedientes aos relatores e;

VIII- Comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo único: Qualquer membro poderá 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, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 16º Após a leitura do parecer, o Presidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem;

O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária; e

Após adentrada na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até 02 (duas) reuniões.

Art. 17º A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecidas pelos presentes.

Art. 18º A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário lavará uma Ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

CAPÍTULO III

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I- COMPETÊNCIA DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

Art. 19º Compete ao Comitê:

I- Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;

II- Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;

III- Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;

IV- Monitor as reações transfusionais;

V- Promover a educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;

VI- Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação;

VII - Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição; e

VIII – Desenvolver mecanismos para avaliação das requisições transfusionais.

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art. 21º Ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê, especificamente:

- I- Representar o Comitê em suas relações internas e externas;
- II- Instalar o Comitê e presidir 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 entre os membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê; e
- VI – Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê; e
- VII- Cabe ao vice-presidente substituir o Presidente em seus impedimentos;

Art. 22º Aos membros do Comitê, caberá:

- I- Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II- Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;
- III- Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;
- IV- Requerer votação de matéria em regime de urgência; e
- V- Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Art. 23º Ao Secretário do Comitê caberá:

- I – Assistir as reuniões;
- II- Encaminhar e preparar 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 por determinação do Presidente, a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias;

V- Distribuir aos membros do Comitê as pautas das reuniões; e

VI- Lavrar e assinar as atas das reuniões do Comitê;

CAPÍTULO IV – DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24º O mandato dos membros do Comitê se extinguirá se houver motivo que justifique a cessação.

Art. 25º 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. 26º O presente regimento interno entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Diretor Técnico, revogadas todas as disposições em contrário.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criar a Comissão	X										
Aprovação do Regimento Interno		X										
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **Comitê Transfusional**.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comitê Transfusional (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário deste Comitê, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-



**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS
PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR (membros e
finalidade)**

Membros:

Este Comitê deve ser constituído em observância a Resolução da Diretoria Colegiada de nº 63 de 2011, em que determina os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde.

Sua atuação é técnico-científica e sigilosa, não tendo caráter coercivo ou punitiva.

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Luziânia, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral, sendo norteadada pelo Regimento Interno.

Sua composição será de no mínimo 07 (sete) membros e deverá ser de caráter multiprofissional e multidisciplinar, nomeados por seus pares, em concordância com a Diretoria Técnica.

A Comissão será composta por representantes profissionais das seguintes áreas:

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

O presidente do Comitê deverá ser, preferencialmente, enfermeiro com especialização em gerontologia ou médico fisiatra ou geriatra.

Finalidade:

I- Preparar o paciente, a família e os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepara-los para o momento de alta e/ou transferência;

II- Estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando no processo de desospitalização;

III- Planejar a alta juntamente com a equipe multidisciplinar que assiste o paciente, preparando-os, quando necessário, para a continuidade da assistência no domicílio;

IV- Otimizar o tempo de recuperação do paciente;

V- Possibilitar o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar de forma segura e com qualidade;

VI- Reduzir complicações clínica e reinternações;

VII- Diminuir os riscos de infecção nestes pacientes.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar do Hospital Estadual de Luziânia:****CAPÍTULO I
DOS OBJETIVOS**

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

**CAPÍTULO II
DAS FINALIDADES**

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

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

**CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO**

Art. 4º A composição do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência deverá contar com no mínimo 07 (sete) membros, entre presidente,

vice-presidente, secretário e demais membros titulares e deverá ter caráter multiprofissional e multidisciplinar, nomeados por seus pares, em concordância com a Diretoria Técnica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 16º Ao presidente do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar no Hospital Estadual de Luziânia, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I- Presidir as reuniões ordinárias;
- II- Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III- Encaminhar aos membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar as propostas técnicas e administrativas de funcionamento para apreciação e aprovação;
- IV- Representar o Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar no Hospital Estadual de Luziânia sempre que solicitado;
- V- Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo sendo o vice-presidente a primeira escolha sempre que possível;
- VI- Subscrever todos os documentos e resoluções do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar previamente aprovados pelos membros desta;

VII- Fazer cumprir o regimento;

VIII- Nas decisões do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar no Hospital Estadual de Luziânia, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

IX- Indicar seu vice-presidente;

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

I- Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

II- Auxiliar na promoção do comitê com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões;

III- Na ausência do presidente, o vice-presidente realizará suas atribuições.

Art. 18º Ao secretário do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar no Hospital Estadual de Luziânia compete:

I- Assistir as reuniões;

II- Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;

III- Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de atas;

IV- Fazer registros de atas, deliberações entre outros;

V- Lavrar e assinar as atas de reuniões do Comitê;

VI- Auxiliar administrativamente as atividades do Comitê;

VII- Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir ata;

VIII- Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 (quarenta e oito) horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Art. 19º Aos membros do Comitê compete:

I- Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;

II- Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;

III- Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;

IV- Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;

V- Auxiliar no desenvolvimento e implementação do programa de gerenciamento de risco para longa internação hospitalar.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO E ATRIBUIÇÕES

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

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

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

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

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

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

Art. 26º Das reuniões:

I- As reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro da Instituição de Saúde.

II- As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas mensalmente, com dia e horário previamente agendados.

III- Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros.

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

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

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

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

§ 4º Em casos de empates nas votações, caberá ao Presidente o desempate (voto minerva).

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 28º Este regimento poderá ser alterado mediante proposta, através de 3/5 de seus membros executores.

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

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

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



TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar no Hospital Estadual de Luziânia											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criar a Comissão	X											
Aprovação do Regimento Interno		X										
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar diagnóstico situacional e levantamento de dados sobre os pacientes crônicos hospitalizados na unidade	X	X										
Iniciar criação de programa de gerenciamento de longa permanência hospitalar e de capacitação para familiares e/ou cuidadores.	X	X										
Atender as demandas para avaliação de candidatos ao programa do Comitê		X	X									
Implementação do projeto de capacitação para familiares e/ou cuidadores			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar no Hospital Estadual de Luziânia.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Daiva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar no Hospital Estadual de Luziânia (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário deste Comitê, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-



**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO
PACIENTE (membros e finalidade)****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 de Luziânia;

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 E CRONOGRAMA**Regimento Interno****CAPÍTULO I****DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) do Hospital Estadual de Luziânia 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 hospitalar voltada

para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital, de forma a fortalecer a gestão hospitalar 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 do hospital;
- 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 do hospital;
- 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 de Luziânia 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 do hospital.

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 de Luziânia;

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.

V- CAPÍTULO

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.

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 de Luziânia 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

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	X										
Elaboração do Plano de Qualidade e Segurança do Paciente		X										
Aprovação do Regimento Interno												
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Elaboração de programa de palestras	X	X										
Reunião de Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementação dos protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação de eventos adversos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros do Núcleo (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário deste Núcleo, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
HOSPITALAR (membros e finalidade)****Membros:**

O NUVE será composto pelos membros abaixo elencados:

- I- coordenador do núcleo;
- II- enfermeiro;
- III- médico;
- IV- Assistente administrativo

Os representantes serão indicados pela Diretoria Geral.

Finalidade:

É responsável pelo planejamento e execução das ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória /ou outros agravos de interesse para a saúde pública.

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde sobre doenças/agravos, fatores que a condicionam e medidas de controle. Além de constituir importante instrumento para subsidiar o planejamento, a organização, a operacionalização e a normatização de atividades técnicas correlatas no âmbito hospitalar.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e inter complementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer o comportamento das doenças e agravos como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

Principais atividades:

- Coleta de dados através de busca ativa e passiva;
- Processamento dos dados coletados;
- Alimentar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- Trabalhar em parceria com serviço de vigilância epidemiológica municipal e estadual;
- Análise e interpretação dos dados processados;
- Recomendação de medidas de prevenção e controle apropriadas;

- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de informações pertinentes.



REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno****CAPÍTULO I****Disposições Iniciais**

Art. 1.º Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Nuve), tendo como foco principal a possibilidade de oferecer um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos usuários do Hospital Estadual de Luziânia, administrado pelo IBGC, e às equipes internas.

Parágrafo único. O NUVE é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, subunidade diretamente ligada à Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

Art. 2.º Este Regulamento atende as normas instituídas pelo MS, através da Portaria n.º 2529, de 23 de novembro de 2004 e portaria n.º 2254, de 5 de agosto de 2010, que institui a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

Art. 3.º O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do Nuve, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 4.º Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional do Nuve, propiciando uma base para a

realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

Art. 5.º A Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (VEAH) foi instituída como parte integrante do Subsistema de Vigilância Epidemiológica do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, com o objetivo de detectar e investigar as doenças de notificação compulsória (DNC) e seus agravos atendidos dentro da maternidade.

Art. 6.º O NUVE tem como objetivos a detecção, notificação e investigação das doenças de notificação compulsória, priorizando os agravos, em estreita articulação com a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede CIEVS), bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, de óbitos maternos declarados, de óbitos infantis e fetais, de óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida.

Art. 7.º As terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005) são:

I- Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II- Agravos: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

III- evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

IV- Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN): é um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada - Estados e Distrito Federal - com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independentemente da natureza ou origem, depois da avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata;

V- Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII): é um evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países por meio da

propagação internacional de doenças e que potencialmente requerem uma resposta internacional coordenada.

Art. 8.º A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos relacionados em Portarias Nacional e do Estado, que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes.

Parágrafo único. É obrigatória a notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública constantes nas Portaria MS, n.º 204 e Portaria n.º 205, de fevereiro de 2016.

Art. 9.º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, bem como pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

CAPÍTULO II

Seção I Caracterização Geral

Art. 10. O Nuve do Hospital Estadual de Luziânia caracteriza-se da seguinte forma:

I - Título: Núcleo de Vigilância Epidemiológica (Nuve);

II- Ambientes de trabalho: sala do Nuve dentro do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

III- Vinculação:

- a) Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidades Hospitalar;
- b) Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- c) Gerência de Atenção à Saúde;
- d) Diretoria Geral.

IV- Cargo de gestão: Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar.

CAPÍTULO III
RESPONSABILIDADES
SEÇÃO I
MISSÃO

Art. 11. O NUVE tem por missão detectar as doenças de notificação compulsória e seus agravos atendidas na maternidade.

Seção II
VISÃO

Art. 12. O NUVE tem por visão proporcionar o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Seção III
VALORES

Art. 13. São valores do NUVE, em consonância com os valores do Hospital Estadual de Luziânia:

- I - Preceitos ético-legais;
- II - Humanização do cuidado;
- III - Responsabilidade;
- IV - Respeito aos direitos do paciente;
- V - Trabalho em equipe;
- VI - Eficiência, eficácia e efetividade;
- VII - Cooperação e integração;
- VIII - Padronização de condutas;
- IX - Educação permanente.

Seção IV

Competências

Art. 14. O NUVE tem como principal objetivo responsabilizar-se pela informação e proposição de ações de saúde coletiva no âmbito hospitalar, integrando os diferentes setores da instituição para a definição de indicadores sobre as suas atividades de vigilância epidemiológica hospitalar.

Parágrafo único. Para o alcance desses objetivos, o NUVE estabelece as presentes normas de rotinas de funcionamento da vigilância epidemiológica hospitalar no âmbito do Hospital Estadual de Luziânia.

Art. 15. O NUVE é um serviço hospitalar ligado diretamente a Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar que tem por finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos do Hospital Estadual de Luziânia.

Art. 16. São Competências do NUVE:

- I - Estudar e propor aos representantes da alta administração e da comunidade do Hospital Estadual de Luziânia, medidas para prevenção e controle das doenças de notificação compulsória e seus agravos;
- II - Assegurar a implantação e manutenção dos processos e fluxos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à alta administração;
- III - incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos e fluxos organizacionais, definidos para estes serviços;
- IV - Assegurar a implantação das medidas aprovadas;
- V - Orientar os processos de trabalho elencados prioritariamente:
 - a) organizar um sistema de coleta de dados (agravos e doenças) através da busca ativa e passiva nas unidades de internação, pronto-socorro, ambulatório, laboratório, e outras unidades de interesse nos hospitais;
 - b) notificar e investigar as DNC no âmbito hospitalar, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);
 - c) enviar as fichas de notificação para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS);

- d) analisar e interpretar os dados, monitorando e divulgando o perfil de morbimortalidade hospitalar;
- e) participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

Seção V

Produtos

Art. 17. Constitui, como principal produto do NUVE: a promoção e a integração ensino- serviço dentro da instituição, desenvolvendo atividades práticas de vigilância epidemiológica em ação conjunta com professores, técnicos e alunos.

Seção VI

Clientes

Art. 18. São clientes internos e externos do NUVE as Unidades Organizacionais do Hospital Estadual de Luziânia, os sistemas nacionais de informação e SMS.

CAPÍTULO IV

Capital Humano Seção I Deveres

Art. 19. São deveres gerais dos trabalhadores lotados no NUVE:

- I - Comparecer ao trabalho trajado adequadamente;
- II - Usar o crachá nas dependências do hospital;
- III - cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais foi designado;
- IV - Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;
- V - Observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia;
- VI - Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da instituição;

- VII - participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;
- VIII - participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;
- IX - Zelar pelo patrimônio da Instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio;
- X - Informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;
- XI - Tratar a todos com urbanidade;
- XII - Comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;
- XIII - Acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;
- XIV - Compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;
- XV - Manter seus registros funcionais atualizados;
- XVI - guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;
- XVII - submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;
- XVIII - observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes a cada vínculo na Instituição.

Art. 20. São deveres e responsabilidades dos membros do Nuve:

- I - Realizar busca ativa para os pacientes internados e atendidos no ambulatório da unidade hospitalar, para a detecção das doenças da lista de notificação compulsória;
- II - Realizar busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar, prioritariamente dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil e infantis;

- III - notificar o primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica de DNC detectados no âmbito hospitalar;
- IV - Realizar investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes em articulação com a SMS e com a SES, incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SMS;
- V - Elaborar e divulgar Informes/Notas Técnicas de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, SMS;
- VI - Elaborar relatórios epidemiológicos e divulgar anualmente o boletim epidemiológico;
- VII - Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos, 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 (SAM) e de Patologia; as Comissões de Óbitos e de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); 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 - Promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças e agravos no ambiente hospitalar;
- X - Monitorar o preenchimento das declarações de óbitos dos casos de notificação compulsória;
- XI - Monitorar 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 dos municipais dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;
- XII - realizar monitoramento de casos hospitalizados por doenças e agravos de notificação compulsória;

XIII - apoiar estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC e de óbito no ambiente hospitalar;

XIV - alimentar periodicamente o SINAN;

XV - Monitorar os resultados dos exames dos pacientes com suspeita/diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória realizados pelo laboratório;

XVI - divulgar no âmbito hospitalar a atual listagem das DNC conforme as Portarias e Resoluções em vigor;

XVIII - participar de eventos de natureza epidemiológica.

Seção II Cargos e Atribuições

Art. 22. O NUVE possui os seguintes cargos e atribuições, assim especificados:
Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

Atribuições:

1. Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

2. Implementar diretrizes da gestão, visando a linha de cuidado;

3. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;

4. Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;

5. Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos no Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

6. Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados nos sistemas nacionais de informação da atenção e da vigilância em saúde;

7. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;

8. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;

9. Auxiliar na construção e gerenciamento do custo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
10. Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe;
11. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
12. Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos do Setor, conforme normativas legais;
13. Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos do Setor, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;
14. Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores do Setor;
15. manter a página do Setor de Vigilância em Saúde atualizada no sítio eletrônico do Hospital Estadual de Luziânia, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
16. Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;
17. Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;
18. Assegurar que os processos e requisitos necessários à implantação e implementação do Nuvem sejam estabelecidos;
19. Assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos do cliente em toda a organização;
20. servir como contato para organizações externas no que se refere ao Nuvem do Hospital Estadual de Luziânia.

Art. 22 Ao Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar compete:

1. Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;
2. Implementar diretrizes da gestão, visando a linha de cuidado;
3. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;
4. Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;
5. Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos na Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;
6. Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados nos sistemas nacionais de informação da atenção e da vigilância em saúde;
7. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;
8. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
9. Auxiliar na construção e gerenciamento do custo da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;
10. Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe;
11. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
12. Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos da Unidade, conforme normativas legais;
13. Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos da Unidade, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;

14. Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores da Unidade;
15. manter a página da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar atualizada no sítio eletrônico do Hospital Estadual de Luziânia, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
16. Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;
17. Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;
18. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do Nuve;
19. Consolidar a pauta definitiva das reuniões do Nuve;
20. Colocar em discussão qualquer matéria urgente ou de alta relevância, ainda que não constante da pauta de convocação;
21. Representar o Nuve junto à Gestão Superior e entidades da sociedade;
22. Delegar atribuições aos demais membros do Nuve;
23. Constituir grupo(s) de trabalho(s), se e quando necessário, indicando para cada grupo um relator;
24. Expedir todos os atos necessários à efetivação das deliberações do Nuve;
25. Convidar, a seu critério ou por indicação dos membros do Nuve, autoridades ou técnicos de notória competência profissional, para participar das reuniões, sem direito à participação nas deliberações do Nuve;
26. Conceder visto de matérias aos membros do Nuve, quando solicitado;
27. Supervisionar as atividades exercidas pela Secretária do Nuve;
28. Fazer cumprir este Regulamento;

29. Participar de reuniões com a direção e corpo clínico do hospital.

Enfermeiro

Art. 23 Ao Enfermeiro membro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar compete:

1. Realizar busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-socorro e ambulatório para a detecção de DNC;
2. Notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sinan;
3. Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SMS;
4. supervisionar os dados das fichas de Investigação Epidemiológica, fichas de notificação manualmente e encaminhar para a SMS semanalmente;
5. consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores da maternidade;
6. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar, elaborando relatórios com medidas a serem adotadas para sua contenção;
7. Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
8. Trabalhar em parceria com a CCIH, Comissão de Análise de Óbito, Gerência de Risco Sanitário Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);
9. Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Precaução e Isolamentos" em casos de notificação compulsória;
10. Desenvolver ações integradas com a CCIH, o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, Gerência de Atenção à Saúde (GAS), Gerência Administrativa (GA), Farmácia e Laboratório.

Art. 24 Ao médico membro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar compete:

1. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar;
2. Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
3. Auxiliar nas orientações e monitoramento das “Medidas de Precaução e Isolamentos”;
4. Participar de reuniões com a alta gestão e corpo clínico da maternidade;
5. Desenvolver ações integradas com a CCIH, SESMT, Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, GAS, GA, Farmácia e Laboratório;
6. Realizar a notificação imediata aos médicos assistenciais para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata, e definir isolamento e profilaxia;
7. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito hospitalar;
8. Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anatomopatológico, em caso de óbito por causa mal definida;
9. promover a integração com o SAM e a comissão de revisão de prontuário da maternidade, para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento;
10. Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

Art. 24 Ao secretário do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar compete:

1. Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;

2. Controlar agenda de compromissos;
3. Digitar memorandos, ofícios e demais documentos;
4. Receber, encaminhar e arquivar correspondências, bem como todas as atualizações pertinentes ao Núcleo;
5. Catalogar fontes bibliográficas;
6. Manter os arquivos atualizados;
7. Manter os armários organizados;
8. Executar os serviços de digitação do Núcleo;
9. Fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos serviços competentes, após autorização da Chefia do Núcleo;
10. Planejar viagens, despacho e conferência de documentos;
11. Participar da organização de eventos;
12. Realizar reservas de transporte aéreo, terrestre e estadia dos componentes do Núcleo para eventos externos;
13. Digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;
14. Participar de reuniões e elaborar as atas do Núcleo;
15. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;
16. Conferir agenda e comunicar as atividades do dia a cada membro do núcleo;
17. Checar os e-mails da caixa de entrada do Núcleo;
18. Planejar e organizar eventos;
19. Alimentar diariamente o sistema para notificações de DNC (planilha Excel), o Sinan e gerar a estatística.

Art. 25. As funções de Coordenadores e Responsáveis Técnicos (RTs) constituem funções de confiança do NUVE, ficando a indicação a seu critério.

Parágrafo único. A permanência dos profissionais nessas funções e a sua possível substituição serão providas por ato do NUVE, em conjunto com a Diretoria Geral.

CAPÍTULO V

Organização Interna Seção I

DA COMPOSIÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 26. O NUVE será composto pelos membros abaixo elencados:

I- coordenador do núcleo;

II- enfermeiro;

III- médico;

IV- Assistente administrativo

Parágrafo único: Os representantes serão indicados pela Diretoria Geral.

Art. 27. O NUVE funcionará de segunda a sexta-feira das 7h às 17h e nos finais de semana e feriados por plantão à distância.

Art. 28. As escalas de trabalho do Nuve são de responsabilidade da chefia da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar, devendo ser elaboradas até o dia 15 do mês anterior à escala para análise e aprovação da Chefia e posterior envio à Unidade de Comunicação para publicização no sítio eletrônico da Instituição.

Art. 29. Os afastamentos e férias deverão ser inicialmente avaliados pela chefia para posterior encaminhamento à Alta Gestão para deliberação e seguirão os normativos dos Serviços de Recursos Humanos de cada categoria dos trabalhadores do Núcleo, referentes à matéria.

Seção II Do Núcleo

Art. 30. O Nuve, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, é constituído pela chefia e representantes dos segmentos que a compõem, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões, relacionadas à funcionalidade do serviço.

Seção III Das Reuniões

Art. 31. As reuniões do Nuve serão realizadas com os seus membros em caráter ordinário mensalmente e em caráter extraordinário em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a necessidade de definição de ações relacionadas ao serviço.

Art. 32. As reuniões poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro do Núcleo.

Art. 33. O Nuve mensalmente, na primeira terça-feira do mês, apresentará nas suas reuniões, trabalhos propostos em andamento e concluídos, com entrega de relatórios podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 34. O funcionamento do NUVE, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, e as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1.º Assuntos referentes a normas e rotinas do NUVE devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

§ 2.º O descumprimento das determinações previstas neste Regulamento é passível de sanções, em conformidade com os Regimentos Internos e Legislações aplicáveis a cada vínculo dos trabalhadores.

Art. 35. Este Regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 36. Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião com a presença do chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

Art. 37. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 38 De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be a stylized 'R' or similar character, is located in the bottom right corner of the page.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	X										
Aprovação do Regimento Interno	X											
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Elaboração normas para operacionalização da busca ativa e monitoramento das doenças de notificação compulsória	X	X										
Normatizar a comunicação efetiva com a equipe interdisciplinar, visando o rastreamento constante das DNC	X	X										
Reunião de Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Criar relatório		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros do Núcleo (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário deste Núcleo, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE
(membros e finalidade)

Membros:

A Comissão Interna de Qualidade deve ser constituída em cumprimento a resolução da ANVISA- REC nº 36 de 25 de julho de 2013, que estabeleceu a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente.

É responsável por disseminar as orientações, normas e diretrizes que devem ser seguidas por todos os profissionais no exercício da profissão, independente da função ou cargo que ocupem.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão Interna de Qualidade e motivadas pelo Presidente em exercício.

A Comissão Interna de Qualidade será composta por membros efetivos, deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria-Geral será norteadada pelo Regimento Interno da Comissão Interna da Qualidade. Esta comissão é composta pelos seguintes membros:

- I – Diretor clínico;
- II- Gerente de Qualidade;
- III – Gerente de Enfermagem;
- IV- Gerente Administrativo;
- V- Coordenação Multidisciplinar;
- VI- Representante da educação permanente;
- VII – Representante da coordenação de enfermagem;
- VIII- representante do serviço de farmácia;
- IX- Representante do Serviço Nutrição Clínica;

X – Representante da SCIH;

XI- Supervisor do Núcleo de Informação em Saúde.

Finalidade:

As ações da Comissão Interna de Qualidade, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I- Ações conjuntas de promoção da qualidade para uma aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, as condições de trabalho e a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

II- Promover melhorias relacionadas à Qualidade e Segurança do Paciente, assegurando uma assistência segura e na orientação aos pacientes, familiares e acompanhantes de pessoas internadas.

III- Definir diretrizes para monitorar e promover a melhoria contínua necessária ao desenvolvimento da Instituição;

IV- Produzir, sistematizar e difundir conhecimento sobre Qualidade;

V- Fomentar a inclusão do tema Qualidade e Melhoria contínua de Processos na instituição;

VI-Promover ações para a gestão de risco na Instituição;

VII- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional;

VIII- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, processos de trabalho e interações entre setores propondo ações preventivas e corretivas;

IX- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Programa de Gestão da Qualidade;

- X – Acompanhar as ações vinculadas ao Programa de Gestão da Qualidade;

- XI- Implantar as Ferramentas da Qualidade e realizar o monitoramento dos resultados;

- XII- Contribuir para a melhoria da qualidade assistencial prestada a população da região;

- XIII- Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação;

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º Este Regimento trata das atribuições e competências da Comissão Interna da Qualidade (CIQUA) do Hospital Estadual de Luziânia; este regimento poderá sofrer modificações e adequações a partir de novas definições que venham ser alteradas.

Art. 2º A CIQUA tem por finalidade garantir a qualidade da gestão das Portas de Entrada hospitalares de urgência e dos leitos de retaguarda.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A Comissão será composta do seguinte modo:

- I – Diretor clínico;
- II- Gerente de Qualidade;
- III – Gerente de Enfermagem;
- IV- Gerente Administrativo;
- V- Coordenação Multidisciplinar;
- VI- Representante da educação permanente;
- VII – Representante da coordenação de enfermagem;
- VIII- representante do serviço de farmácia;
- IX- Representante do Serviço Nutrição Clínica;
- X – Representante da SCIH;



XI- Supervisor do Núcleo de Informação em Saúde.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 4º É uma comissão permanente, devendo atuar como órgão assessor da direção geral.

Art. 5º As reuniões extraordinárias e/ou em caráter de urgência poderão ser convocadas por qualquer membro da CIQUA;

Art. 6º As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do coordenador.

Parágrafo único – As aprovações dependerão da aprovação da metade dos presentes mais um.

Art. 7º Os membros da comissão que faltarem as reuniões deverão comunicar antecipadamente ao presidente da CIQUA por escrito.

Art. 8º A CIQUA poderá convidar membros da equipe multidisciplinar do Hospital para participar de suas reuniões sempre que o assunto a ser discutido demandas. Os membros convidados atuarão como consultores.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9º Compete a CIQUA:

I – Garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as Centrais de Regulação de urgência e internação;

II- Promover a permanente articulação entre a unidade de urgências e as unidades de internação;

III- Monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação;

IV- Propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos;

V- Propor e acompanhar a adoção de Protocolos clínicos;

VI- Acompanhar o processo de cuidado do paciente, visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades;

VII- Articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar;

VIII- Manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência;

IX- Garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho;

X- Atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio de articulação e encaminhamento aos demais serviços da rede;

XI- Monitorar o agendamento cirúrgico, com vistas à otimização da utilização das salas;

XII- Agilizar a realização de exames necessários;

XIII- Definir critérios de internação e alta;

XIV- Responder as demandas do grupo condutor estadual da Rede de Atenção às Urgências e Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências;

Art. 10º São atribuições e competências do (a) presidente (a) da CIQUA:

- Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias com cronograma prévio e extraordinárias com antecedência de 24 hs.
- Presidir as reuniões da comissão;
- Zelar pelo cumprimento das decisões da comissão, fazendo os encaminhamentos deliberados nas reuniões;
- Manter-se informado e prestar informações aos demais membros da comissão de assuntos de interesse dessa comissão;
- Manter todos os documentos e atas da comissão atualizados e organizados.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÃO GERAIS

Art.11º A CIQUA responderá ao Diretor Geral e contará com o apoio da Gerência Assistencial e Direção Administrativa do hospital para o cumprimento deste regimento.

Art. 12º Este regimento poderá ser modificado em todo e em parte, por modificações e/ou inclusões na portaria que rege a CIQUA mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 13º Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão											
	Interna de Qualidade											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação da Comissão Interna de Qualidade	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Elaboração do programa de capacitações	X	X										
Divulgação/apresentação da comissão perante os colaboradores da unidade		X	X									
Reunião de Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação da equipe para utilização de principais ferramentas de qualidade				X	X							
Criar relatório		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **Comissão Interna de Qualidade**.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-



**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE
PRONTUÁRIOS (membros e finalidade)**

Membros:

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Luziânia, 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 cirurgia segura 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 hospitalar;

- l) nº de prontuários sem informe de alta hospitalar;
- m) Taxa (%) de prontuários com informe de alta hospitalar.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

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 de Luziânia, 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 de Luziânia, 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;
- d) Tipo de Alta.
- I. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;
 - II. Assessorar a Direção do Hospital, em assuntos de sua competência;
 - III. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem do Hospital, com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

IV. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

V. 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 vice-presidente.

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 a 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.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	X										
Aprovação do Regimento Interno da CARP	X											
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Elaboração das ações	X	X										
Definição de indicadores		X	X									
Realizar revisão dos prontuários relacionados as altas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião de Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Divulgação de indicadores				X	X							
Criar relatório e emití-los às Comissões de Ética Médica e de Ética em Enfermagem		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS
(membros e finalidade)

Membros:

A composição mínima da comissão deverá ser de dois membros médicos e um enfermeiro e com representantes entre os seguintes serviços:

- I. Anestesiologia;
- II. Unidade de Terapia Intensiva Adulto;
- III. Clínica- Médica;
- IV. Pronto Atendimento;
- V. Clínica Cirúrgica;
- VI. Especialidade definida a critério da Diretoria;
- VII. Serviço de Enfermagem;
- VIII. Serviço de Assistência Social;
- IX. Serviço de Psicologia;
- X. Serviço de Faturamento

Finalidade

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à direção Geral do Hospital.

Compete à Comissão de Verificação de Óbitos a avaliação de todos os óbitos ocorridos na Unidade, bem como dos laudos de todas as necropsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal e do Serviço de Verificação de Óbitos.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS E DAS FINALIDADES

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão junto à administração e ao corpo clínico.

Artigo 2º - As finalidades da Comissão: Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A composição mínima desta Comissão deverá ser de dois membros médicos titulares, um médico residente, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade, e com preferência para profissionais com dedicação exclusiva.

Artigo 4º - Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil no Hospital:

- I. Anestesiologia;
- II. Unidade de Terapia Intensiva Adulto;
- III. Clínica - Médica;
- IV. Pronto Atendimento;
- V. Clínica Cirúrgica;
- VI. Especialidade definida a critério da Diretoria;
- VII. Serviço de Enfermagem;

VIII. Serviço de Assistência Social;

IX. Serviço de Psicologia;

X. Serviço de Faturamento.

Artigo 5º - Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Geral, de acordo com as necessidades do Hospital.

Artigo 6º - A critério da Diretoria Geral e da própria Comissão, a carga horária total dos membros poderá ser de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas às necessidades dos serviços.

Artigo 7º - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Artigo 8º - O presidente da Comissão, assim como todos os membros, será nomeado pelo Diretor Geral. Os cargos de Vice-Presidente e Secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão.

CAPÍTULO III

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 9º - Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidades, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Artigo 10º - A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Artigo 11º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Artigo 12º - As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Parágrafo Único: Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais capacitados para participarem das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 14º - As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata e arquivadas uma cópia contendo: local, data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 15º - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 16º - Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, sempre que necessário, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, Diretor Técnico ou Clínico, Presidente ou Vice-Presidente.

Artigo 17º - Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Geral.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 18º - São atribuições da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos:

- I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos aos óbitos que lhe forem enviados;
- II. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- III. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- V. Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- VII. Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);

- VIII. Correlacionados diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- IX. Zelar pelo sigilo ético das informações;
- X. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- XI. Assessorar a Direção em assuntos de sua competência;
- XII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- XIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 19º - 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

Artigo 20º - Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 21º - São atribuições e competências do secretário da Comissão:

- I. Organizar a ordem do dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- V. Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- VI. Preparar a correspondência;

- VII. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística)
- VIII. todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 22º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com as diretorias do Hospital Estadual de Luziânia.

Artigo 23º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 24º - O presente regimento interno entrará em vigor após sua aprovação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criação da Comissão	X										
Aprovação do Regimento Interno	X											
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Definição de indicadores		X	X									
Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos.		X	X	X	X							
Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Uniformizar e Direcionar as avaliações de óbitos pelos membros das comissões		X	X									
Divulgação de indicadores				X	X							
Fiscalizar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de Prontuários, o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Daiva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
(membros e finalidade)

Membros:

A Comissão de Residência Médica – COREME deve ser instituída em atendimento a determinação da Resolução do CNRM nº 02/2013, assim como determina a Legislação estadual em atendimento à CNRN 01/2016 – GO.

A Comissão de Residência Médica - COREME é formada por:

- I – coordenador e vice- coordenador;
- II- Um representante do corpo docente por programa de residência médica credenciado junto à Comissão Nacional de Residência Médica;
- III- Um representante do Hospital Estadual de Luziânia;
- IV- Um representante dos médicos residentes por programa de residência.
- V- Um secretário administrativo.

Todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral por meio de portaria que deverá ser publicada no Boletim de Serviço da Instituição.

Finalidade:

As finalidades da COREME serão as seguintes:

- I- Planejamento e criação de novos Programas de Residência Médica da Instituição, nas diversas especialidades, com apoio dos serviços médicos em consonância com as resoluções publicadas pela Comissão Nacional de Residência Médica;
- II – Acompanhar o processo seletivo;
- III- Avaliar periodicamente os programas de residência médica da instituição;
- IV- Elaborar e revisar o regimento interno e regulamento.
- V- Participar, sempre que convocada, das atividades e reuniões da CEREM/GO;
- VI- Emitir certificados de conclusão de programas dos médicos residentes;

VII – Definir o calendário anual das reuniões ordinárias a ser enviada a CNRM.
A reunião ordinária deverá ser realizada mensalmente.

VIII - Determinar a abertura da inscrição para o Concurso de Residência Médica e definir a data das provas, início da Residência e o número de vagas para cada ano;

IX- Selecionar os candidatos aprovados no Concurso para Residência Médica;

X – Resolver as demandas relacionadas à organização e supervisão da residência médica e pesquisa;

XI- Fazer cumprir os programas científicos elaborados junto a Gerência de Ensino;

XII – Manter as fichas individuais dos residentes organizadas para anotação do históricos deles, deixando registrado o período de férias, participação em congresso e faltas disciplinares.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

CARACTERIZAÇÃO

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

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

Artigo 2º - Os programas da Comissão de Residência Médica do Hospital Estadual de Luziânia obedecem rigorosamente à Lei nº 6.932, de 07/07/81 – atividades de médico residente, às normas instituídas pela Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, e aos Regulamentos estabelecidos pela Comissão Estadual de Residência Médica e Secretaria de Estado da Saúde.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

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

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

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

CAPÍTULO III

DA COORDENAÇÃO

Artigo 6º - A residência do Hospital Estadual de Luziânia é coordenada pela Diretoria Geral e Comissão de Residência Médica – COREME, sendo esta composta por: Coordenador, Vice Coordenador, Secretário, um representante do Hospital Estadual de Luziânia e Representantes dos Residentes

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

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

III. As eleições deverão ser realizadas entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) dias antes do término do mandato;

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

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

VI. Os Preceptores são indicados pelos Supervisores das Clínicas e aprovados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia e pela Coordenação da COREME;

VII. A representação dos médicos residentes será obrigatoriamente por residentes integrantes dos programas, tendo 1 (um) representante por clínica de cada ano, escolhidos por seus pares, em escrutínio direto e secreto, organizado pelos próprios médicos residentes. O mandato será de 01 (um) ano;

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

CAPÍTULO IV

DOS PROGRAMAS

Artigo 7º - A COREME/ Hospital Estadual de Luziânia oferece vagas nos programas de residências disponíveis no Hospital Estadual de Luziânia;

Artigo 8º - As especialidades e o quantitativo de vagas oferecidas, em cada especialidade serão amplamente divulgados pela COREME no Edital da Seleção para a Residência Médica através de publicação de cartazes, Internet e em jornal de grande circulação, para que ocorra a comunicação entre os Centros Universitários regionais e do país.

Artigo 9º - Cada especialidade incluída no Programa de Residência Médica do Hospital Estadual de Luziânia contará com o número de Preceptores na proporção de 02 (dois) para 03(três) residentes, conforme normas da CNRM.

Artigo 10º - Para inclusão de novas especialidades no Programa de Residência Médica do Hospital Estadual de Luziânia, a COREME deverá encaminhar a programação e

demais informações necessárias à Comissão Estadual de Residência Médica para análise e posterior encaminhamento a CNRM, para as providências cabíveis.

Artigo 11º - O ensino por meio de treinamento prático no primeiro ano de residência deverá abranger áreas de conhecimentos básicos em clínica médica correlata à especialização escolhida, reservando-se os anos subsequentes para dedicação exclusiva à especialidade propriamente dita.

Artigo 12º - A duração dos programas nas especialidades obedece às normas estabelecidas pela CNRM.

Artigo 13º - Com o objetivo de complementar o treinamento dos residentes, em determinadas especialidades, a COREME e Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia poderá firmar convênios com outras Instituições, ou se utilizar os já existentes através da Secretaria de Estado de Saúde, observadas as normas da CNRM, sendo requisitos mínimos à Instituição Conveniada:

- I. estar instalada em prédio de construção adequada às suas finalidades;
- II. dispor de leitos na proporção mínima de 05 (cinco) para cada Residente, na especialidade, e possuir os equipamentos e materiais necessários para assegurar um padrão de atendimento adequado;
- III. dispor em seu corpo clínico de um docente que responderá pela preceptoría da residência em convênio;
- IV. dispor de condições de atendimento nos setores de radiologia, anatomia patológica e patologia clínica;
- V. dispor de Enfermagem especializada, Serviços de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e Arquivo Nosológico Organizacional;
- VI. O reconhecimento da Instituição, para efeito de Convênio, será baseado no relatório de Inspeção Prévia, realizada através da Comissão de Preceptores designada pela COREME para esse fim, em comum acordo com as partes convenientes.

Artigo 14º - Os programas devidamente organizados pelos coordenadores serão encaminhados à Comissão de Residência Médica – COREME e após a apreciação da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM para credenciamento.

- I - Os programas deverão mencionar, obrigatoriamente:
- a. número de médicos residentes previstos na área ou especialidade;
 - b. programas de Residência Médica;
 - c. número e nome de Coordenadores e Preceptores com as respectivas cargas horárias dedicadas ao programa e sua qualificação;
 - d. número de leitos, de salas de ambulatório, média de pacientes por dia no setor de emergência e em cada área ou especialidade;
- II. programação didático-complementar prevista, inclusive a programação atual do corpo clínico (discutir outras com preceptores);
- III. acervo da biblioteca e/ou convênios;
- IV. proposta de Regimento Interno;
- V. declaração do coordenador do Programa de Residência Médica de possuir conhecimento pleno das Resoluções da CNRM;
- VI. proposta de convênio com Escola Médica.

CAPÍTULO V DA MANUTENÇÃO

Artigo 15º - O Programa de Residência Médica será mantido por dotação Orçamentária da Secretaria de estado da Saúde do Estado de Goiás, doações e verbas diversas.

- I. a remuneração dos médicos residentes será através de bolsa de estudos, sob a responsabilidade exclusiva da SES/GO, pelo prazo de duração da residência, nos valores determinados pela Comissão Nacional de Residência Médica. – CNRM.

CAPÍTULO VI DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 16º - Compete a Comissão de Residência Médica/COREME:

- I. planejar, supervisionar e coordenar os Programas de Residência Médica e obter os meios de sua efetiva execução e avaliar o seu desenvolvimento;
- II. reunir-se ordinariamente mensalmente e extraordinariamente quando convocada pelo presidente ou 03 (três) de seus membros;
- III. deliberar sobre o Programa de Residência Médica das diversas especialidades, no âmbito das Unidades de Saúde da rede pública estadual;
- IV. deliberar sobre a inclusão ou exclusão de especialidades no Programa de Residência Médica;
- V. promover e/ou estimular o intercâmbio com outros Centros de Residências;
- VI. julgar as faltas disciplinares dos médicos residentes;
- VII. discutir e buscar soluções para os casos omissos no presente Regimento;
- VIII. contribuir para o aprimoramento técnico-científico dos residentes;
- IX. zelar e fazer cumprir o presente Regimento Interno da COREME e os demais regimentos da SES.

CAPÍTULO VII**DAS ATRIBUIÇÕES:****Artigo 17º - São atribuições do Coordenador:**

- I. estabelecer pautas e executar as deliberações da COREME;
- II. presidir as reuniões da COREME;
- III. deliberar com a maioria absoluta de seus membros presentes, lavrando-se a ata, inclusive no caso de falta de quórum, dela constando o nome dos membros que comparecerem;

- IV. elaborar Programa Anual de Atividades, bem como relatório anual de atividades realizadas, quando solicitado;
- V. planejamento, a coordenação e a supervisão da seleção dos candidatos ao Programa de Residência Médica;
- VI. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;
- VII. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;
- VIII. manter o chefe da clínica, o COREME e a Diretoria informados das atividades desenvolvidas pelos médicos residentes;
- IX. elaborar relatórios de avaliação trimestral sobre o aproveitamento dos médicos residentes, encaminhando-os a COREME, para análise e outras providências;
- X. expedir os certificados de residência médica, juntamente com a Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia;
- XI. organizar e realizar o exame seletivo dos candidatos à seleção para Residência Médica em conjunto com a COREME da Unidade, conforme normas da CNRMMEC;
- XII. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua Unidade, e também, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;
- XIII. o planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades do Programa de Residência Médica;
- XIV. a aplicação das sanções disciplinares, na forma da lei;
- XV. discutir e buscar soluções para os casos omissos no presente regulamento;
- XVI. supervisionar e fazer cumprir os Programas de Residência Médica; XVII. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função;
- XVIII. zelar e fazer cumprir o presente Regimento Interno da COREME e os demais regimentos da SES/GO;

XIX. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes.

Artigo 18º - São atribuições do Vice - Coordenador:

- I. fazer-se presente nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias da COREME;
- II. substituir o coordenador nas suas faltas ou impedimentos;
- III. auxiliar o coordenador em suas diversas atribuições;
- IV. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo 19º - São atribuições do Secretário da COREME:

- I. fazer-se presente nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias;
- II. redigir as atas das reuniões;
- III. substituir o vice coordenador em suas faltas ou impedimentos;
- IV. participar com o coordenador na fiscalização dos programas e atividades dos residentes;
- V. auxiliar o coordenador em suas diversas atividades;
- VI. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função;
- VII. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo 20º - São atribuições do Supervisor:

- I. participar da organização do exame dos candidatos ao concurso de residência médica;
- II. organizar as escalas de plantões mensais e encaminhá-las até o 25º dia de cada mês;
- III. manter o chefe da Clínica informado das atividades desenvolvidas pelos residentes;
- IV. acompanhar o médico residente, exigindo o cumprimento das atividades gerais do programa, visando ao aprimoramento ético, técnico e profissional;
- V. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua Unidade, e também, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;

- VI. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;
- VII. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;
- VIII. convocar a COREME para reuniões extraordinárias, com antecedência de 48 horas, para deliberações pertinentes;
- IX. controlar a frequência dos médicos residentes;
- X. enviar Ficha de Avaliação de Desempenho do Médico Residente à COREME, ao final de cada estágio;
- XI. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes; XII - supervisionar e fazer cumprir os Programas de Residência Médica;
- XIII. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função; XIV - cumprir e fazer cumprir este regimento

Artigo 21º - São atribuições do Preceptor:

- I. participar da organização do exame dos candidatos ao concurso de residência médica;
- II. acompanhar o médico residente, exigindo o cumprimento das atividades gerais do programa, visando ao aprimoramento ético, técnico e profissional;
- III. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua unidade, e também, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;
- IV. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;
- V. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;
- VI. convocar no mínimo três preceptores para reuniões extraordinárias, com antecedência de 48 horas, para deliberações pertinentes;
- VII. controlar a frequência dos médicos residentes;
- VIII. enviar Ficha de Avaliação de Desempenho do Médico Residente a COREME, ao final de cada estágio;

- IX. avaliar os médicos residentes, no mínimo de três em três meses; (Resolução CNRM 02/2006 Artigo 13º § 1º);
- X. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes;
- XI. realizar outras atividades compatíveis com a função;
- XII. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo 22º - São atribuições dos Médicos Residentes:

- I. eleger um representante de cada ano dos programas para integrarem a Coordenação da COREME;
- II. eleger o representante entre os representantes eleitos dos médicos residentes que atuará como membro integrante da Associação de Residência Médica - Hospital Estadual de Luziânia, o qual deverá ser submetido à aprovação da Diretoria Geral e COREME;
- III. cumprir e fazer cumprir o regulamento da AMR/SES, e colaborar com os Preceptores na manutenção da disciplina e no cumprimento do presente;
- IV. defender os interesses dos médicos Residentes junto a COREME;
- V. participar de congressos da Associação Nacional dos Médicos Residentes/ANMR;
- VI. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função.

CAPÍTULO VIII

DO PROCESSO SELETIVO

Artigo 23º - O processo seletivo será coordenado pela COREME, conforme cronograma de aplicação por ela estabelecido, mediante supervisão e acompanhamento da CEREM/GO e da Coordenação da Comissão de Residência Médica da SES.

Artigo 24º - A admissão do candidato no Programa de Residência Médica/PRM será feita mediante seleção pública, realizada de conformidade com as normas da Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, Regulamento da SES/GO, e este Regimento.

Artigo 25º - Serão aceitas inscrições de médicos brasileiros ou estrangeiros com visto permanente no país, graduado em Faculdade ou Escola de Medicina oficializada no Brasil.

I. No caso de candidato no exterior apresentar diploma convalidado no Brasil pelo órgão oficial competente.

Artigo 26º - O Edital da seleção pública, após a aprovação pela Comissão Estadual de Residência Médica, será divulgado no site da Secretaria de Estado da Saúde, da Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás, publicado, obrigatoriamente, no Diário Oficial do Estado, e se necessário em jornal de grande circulação do Estado, observado o prazo de até 15 (quinze) dias da data de início da inscrição.

Artigo 27º - O candidato à residência médica apresentará no ato da inscrição:

- I. requerimento neste sentido, à Comissão de Residência Médica/COREME da Unidade, com a informação da especialidade pretendida, do nome da Instituição de Ensino em que concluiu o curso graduação em Medicina e o ano de conclusão;
- II. cópia autenticada do Diploma de médico ou Declaração da Secretaria da Faculdade de Medicina onde está cursando o último período do curso de medicina (6º. Ano);
- III. os médicos formados no exterior deverão apresentar ainda o Certificado de Revalidação de Diploma;
- IV. duas fotos 3X4, recentes;
- V. comprovante original do pagamento da taxa de inscrição;
- VI. cópia autenticada dos documentos: Carteira de Identidade; CPF; CRM; VII - opção quanto à especialidade que pretende seguir.

Artigo 28º - Para o preenchimento das vagas serão considerados:

- I. número de vagas oferecidas pela especialidade;
- II. opção prévia;
- II. caráter classificatório.

Artigo 29º - O número de vagas estará condicionado às disponibilidades oferecidas pelo Hospital Estadual de Luziânia, nos seguintes itens:

- I. disponibilidade financeira;
- II. capacidade didática;
- III. relação mínima de 05 (cinco) leitos por residente.

Artigo 30º - A avaliação dos candidatos será realizada em duas etapas e participarão da segunda etapa aqueles classificados na primeira fase.

- I. 1ª fase prova escrita, de caráter eliminatório, pontuada conforme estabelecido pela CNRM/MEC;
- II. 2ª fase prova prática, subjetiva ou entrevista, a critério da supervisão, de caráter classificatório, conforme estabelecido pela CNRM/MEC.

Artigo 31º - A avaliação escrita versará sobre temas básicos e gerais de Medicina, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, e Medicina Preventiva, procurando estabelecer proporcionalidade no número de questões das especialidades acima.

Artigo 32º - Da prova de seleção:

- I. esta constará de prova de suficiência escrita e múltipla escolha;
- II. a prova de suficiência escrita versará sobre conhecimentos médicos gerais e básicos nas especialidades definidas, na mesma proporção de questões;
- III. o exame de suficiência será eliminatório e classificatório, com a nota mínima para aprovação igual a 05 (cinco);
- IV. em caso de empate na prova de seleção, o desempate obedecerá aos seguintes critérios:
 - a. melhor currículo escolar;
 - b. maior número de questões corretas na especialidade;
 - c. maior idade.

CAPÍTULO IX

DA CLASSIFICAÇÃO

Artigo 33º - Serão classificados os candidatos que obtiverem 50% da nota máxima atingida na primeira fase.

Artigo 34º - Serão selecionados para a segunda fase, os candidatos classificados na primeira fase correspondente a três vezes o número de vagas disponíveis em cada programa, considerando todos os candidatos que obtiverem a mesma nota do último selecionado.

- I. No caso de empate na avaliação escrita, o desempate obedecerá aos seguintes critérios:
 - a. maior número de acertos na prova escrita da especialidade pretendida;
 - b. Idade, sendo privilegiada a de maior ordem cronológica.

CAPÍTULO X

DA ADMISSÃO

Artigo 35º - Os candidatos classificados serão admitidos na qualidade de médicos residentes, observada a ordem de classificação, de acordo com o número de vagas oferecidas pela Unidade, em cada especialidade e a opção do candidato.

Artigo 36º - Em caso de desistência, o candidato deverá comunicar a COREME, por escrito, e após o presidente da COREME poderá convocar novo candidato, observada a ordem de classificação.

Artigo 37º - Caso o candidato não efetue sua comunicação de desistência no prazo de 24 horas úteis, será considerado desistente e o coordenador, da COREME poderá convocar novo candidato, da mesma especialidade, observando a ordem de classificação.

Artigo 38º - Após o início do Programa de Residência Médica/PRM o candidato classificado que não comparecer ao serviço até 72 horas, sem justificativa, será eliminado do programa, e o presidente da COREME convocará outro candidato da mesma especialidade, obedecendo à ordem de classificação.

Artigo 39º - Em caso de disponibilidade de vagas, após o início das atividades do PRM, o presidente da COREME poderá convocar outro candidato da especialidade,

em até 60 dias obedecendo à ordem de classificação. Após esta data não será permitida a admissão de novo candidato.

Artigo 40º - Em caso do não preenchimento do quantitativo de vagas ofertadas em uma determinada especialidade, e havendo procura por algum candidato classificado em outra especialidade, sendo de interesse do serviço e da Unidade, a COREME poderá analisar a solicitação, aprová-la ou não, ou ainda realizar nova seleção.

CAPÍTULO XI

DAS TRANSFERÊNCIAS

Artigo 41º - A transferência de médico residente de um programa de Residência Médica para outro da mesma especialidade somente será possível com aprovação da CNRM. A solicitação de transferência deverá ser encaminhada à Secretaria Executiva da CNRM com comprovação da existência de vaga, bolsa, da concordância das COREME das Instituições de origem e destino, bem como da concordância das CEREM dos estados envolvidos.

Artigo 42º - É vedada a transferência dos médicos residentes entre programas de Residência Médica de diferentes especialidades, inclusive na mesma Instituição.

Artigo 43º - Nos casos de descredenciamento de um programa de Residência Médica (PRM), os médicos residentes deverão ser transferidos para programas credenciados da mesma especialidade em outras instituições. (Resolução CNRM nº 03/07).

I. os médicos residentes de programas descredenciados serão realocados em vagas credenciadas ociosas ou vagas credenciadas em caráter extraordinário, conforme determinação da CNRM;

II. as instituições credenciadas pela CNRM ficam obrigadas a receber os médicos

residentes transferidos conforme determinação do plenário da CNRM. O pagamento da bolsa continuará a cargo da instituição de origem até o tempo inicialmente previsto para a conclusão do Programa de Residência Médica;

III. o certificado será expedido pela instituição de destino.

Parágrafo Único - Os casos omissos serão resolvidos a juízo da CNRM.

CAPÍTULO XII – DOS DIREITOS DOS MÉDICOS RESIDENTES

Artigo 44º - Será assegurado ao médico residente 1 dia de folga semanal e 30 dias de repouso, por ano de atividade.

Artigo 45º - Remuneração através de Bolsa de Estudos, de valor igual ao determinado pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.

Artigo 46º - A representação dos médicos residentes na COREME será provida, obrigatoriamente, por residentes integrantes do Programa, escolhidos por seus pares em escrutínio direto e secreto, na proporção de 20% de seus membros, cujo mandato será exercido pelo prazo de 1 ano.

Artigo 47º - A eleição referida no Artigo anterior será realizada conforme estabelecido pela Resolução CNRM nº 02, de 07/07/05, e dentre os representantes dos médicos residentes um será escolhido como Coordenador.

Artigo 48º - Assistência Médica prioritária na Rede Estadual de Saúde durante a Residência Médica, estendido ao cônjuge e filhos.

Artigo 49º - Licença paternidade por 05 (cinco) dias consecutivos.

Artigo 50º - Licença por luto de 05 (cinco) dias consecutivos (pai, mãe, irmãos, cônjuge e filhos). Artigo Licença casamento por 05 (cinco) dias consecutivos

Artigo 51º - A médica residente a partir do 8º (oitavo) mês de gravidez poderá solicitar licença de suas atividades pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta dias, sem prejuízo da bolsa).

CAPÍTULO XIII – DOS DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Artigo 52º - A carga horária do médico residente será de, no máximo, 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.

I. cabe ao médico residente cumprir integralmente os termos dispostos no respectivo contrato de concessão da bolsa de estudos, no Regimento Interno da COREME, no

Regulamento Interno da Unidade de Saúde da qual faz parte, além das normas expedidas pela CNRM;

II. o cumprimento da carga horária pelo Médico Residente, estabelecida em contrato, será controlado nos mesmos termos estabelecidos para os ocupantes de cargo efetivo, na categoria de médicos, nos termos da Lei – Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado do Goiás e suas Autarquias devendo ser comprovado diariamente através do registro de comparecimento utilizado na unidade.

Artigo 53º - Comparecer na hora determinada de todos os atos programados e permanecer todo o tempo estabelecido no local para onde foi designado.

Artigo 54º - O médico residente deverá acompanhar o paciente de sua Clínica, quando da realização de exames fora das instalações do Hospital Estadual de Luziânia, após a avaliação prévia da necessidade de acompanhamento médico por parte do Staff e/ou Preceptor da Clínica.

Artigo 55º - Usar uniforme adequado (calça, camisa ou jaleco, sapatos, meias e cintos brancos), manter os cabelos presos e não usar adornos.

Artigo 56º - Conhecer e cumprir as normas e rotinas do Hospital Estadual de Luziânia, do COREME e das Instituições conveniadas.

Artigo 57º - Preencher corretamente o prontuário do paciente, carimbando e assinando todas as suas anotações.

Artigo 58º - O Médico Residente, ao ausentar-se do Hospital Estadual de Luziânia para rodízio em outra Instituição deverá solicitar a COREME o ofício de encaminhamento e fichas de frequência e avaliação em formulário próprio da COREME.

Artigo 59º - Ao retornar do rodízio deverá comparecer a COREME munidos das fichas citadas no Artigo 57º, devidamente preenchida e assinadas pelos responsáveis do serviço.

Artigo 60º - Cooperar quando solicitado na realização dos trabalhos e pesquisas desenvolvidas na unidade.

Artigo 61º - É vedado ao médico residente, se funcionário público estadual, a percepção do vencimento e das vantagens do respectivo cargo, cumulativamente com o

benefício da bolsa de estudos, pelo prazo de duração da residência, assegurando sê-lhe, todavia, o direito de opção.

Artigo 62º - No período de Residência Médica, o médico residente que vier a ser nomeado para exercer cargo em comissão terá que optar entre um e outro, assim como, no caso de médico residente, cuja carga horária do programa exceder 40 (quarenta) horas semanais e pretender celebrar contrato por tempo determinado com esta pasta ou qualquer outro órgão da administração pública.

Artigo 63º - Em quaisquer casos, a interrupção do programa não exige o médico residente de, posteriormente, completar a carga horária total da atividade prevista para o aprendizado, conforme estabelecido no Artigo 7º da Lei nº 6.932/81.

Artigo 64º - No período de residência, o médico residente ficará impedido de ser nomeado e/ou assinar contratos na qualidade de funcionários em qualquer Instituição. A infração deste Artigo incorrerá no desligamento da Residência.

Artigo 65º - Submeter-se às avaliações conforme o presente regimento.

CAPÍTULO XIV – DAS PENALIDADES

Artigo 66º - O médico residente estará sujeito ao regime disciplinar do Hospital Estadual de Luziânia. As transgressões disciplinares serão comunicadas pelo preceptor, ouvido o coordenador e COREME, que proporá, após averiguações, as penalidades abaixo em ordem crescente de gravidade.

- I. as penalidades disciplinares serão de:
 - a. advertência verbal;
 - b. advertência por escrito;
- II. suspensão;
- III. eliminação.
- IV. a Comissão de Residência Médica – COREME – deverá ouvir as partes interessadas por si ou por seus representantes.

- V. na ocorrência de aplicação de qualquer penalidade tratada neste Artigo, poderá o interessado interpor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, pedido de reconsideração.
- VI. se a Comissão de Residência Médica – COREME – opinar pela eliminação, o Residente será suspenso de suas atividades, até o encerramento do processo.
- VII. havendo posições antagônicas entre a Coordenação e a COREME com respeito à aplicação da penalidade, será ouvida a Comissão Regional de Residência Médica.
- VIII. as denúncias de transgressões ao Código de Ética Médica serão encaminhadas para apreciação pelas Comissões de Ética Médica das Unidades Assistenciais.
- IX. A falta considerada grave será aplicada suspensão ou eliminação do Residente.

CAPÍTULO XV – DAS AVALIAÇÕES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Artigo 67º - No decorrer da Residência Médica, os residentes serão avaliados na forma definida pelo respectivo programa, com avaliações anuais e apresentação de monografias a critério do supervisor da especialidade.

Artigo 68º - As avaliações deverão dar prioridade às atuações dos residentes, uma vez que a Residência Médica tem por finalidade básica o treinamento e a especialização em serviço.

Artigo 69º - Semestralmente, os residentes opinarão por escrito sobre a execução dos programas cumpridos.

CAPÍTULO XVI

DA PROMOÇÃO E DA EXPEDIÇÃO DE CERTIFICADOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Artigo 70º - A promoção do médico residente dar-se-á em decorrência das avaliações realizadas pelos coordenadores e preceptores.

Artigo 71º - A promoção à residência da especialidade dar-se-á após a avaliação do Programa cumprido na área obrigatória.

Artigo 72º - A exclusão dar-se-á em caso de reprovação.

Artigo 73º - Até o dia 15 de dezembro os coordenadores e preceptores encaminharão à Comissão de Residência Médica – COREME – o resultado das avaliações dos Residentes que estarão concluindo o período para fins de promoção ao ano seguinte ou expedição de Certificado.

Artigo 74º - Os médicos residentes terão direito a um Certificado quando completarem o Programa de Residência Médica.

Artigo 75º - O Certificado será registrado em livro de protocolo, assinado pelo Presidente da COREME e Diretor Geral.

CAPÍTULO XVII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Artigo 76º - O presente Regimento entra em vigor na data da aprovação pela COREME e Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia podendo sofrer modificações em sua composição por desistência de seus membros e outros impedimentos.

Artigo 77º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Estadual de Residência Médica.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão de Residência Médica (COREME)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criação da Comissão	X										
Aprovação do Regimento Interno	X											
Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da Comissão de Residência Médica (COREME)

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA
DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO (membros e finalidade)****Membros:**

A Norma Regulamentadora nº 4 – Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT prevê que as empresas devem, obrigatoriamente, manter o SESMET com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho, sendo que o dimensionamento do serviço vincula-se a gradação de risco da atividade principal da empresa e ao número total de empregados do estabelecimento, devendo ser observado o quadro II da NR-4 que estabelece quais quantos profissionais (Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Auxiliar ou Técnico em Enfermagem do Trabalho) deverão compor o SESMT.

Atuação do SESMT é de promover a saúde e integridade física e reduzir acidentes e doenças ocupacionais.

O SESMET do Hospital Estadual de Luziânia será composto por 01 Engenheiro de Segurança do Trabalho;

01 Médico do Trabalho;

01 Enfermeiro do Trabalho;

01 Auxiliar de Enfermagem do Trabalho;

04 Técnico de Segurança do Trabalho

Finalidade:

O SESMET tem como função precípua proteger os colaboradores do Hospital Estadual de Luziânia, promovendo a saúde e integridade física e reduzindo acidentes ou doenças ocupacionais, ou até mesmo eliminar os riscos existentes à saúde e segurança dos trabalhadores.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno****CAPÍTULO I****DOS OBJETIVOS**

Art. 1º Os objetivos deste regimento interno objetivam a padronização de critério importantes para melhorar o funcionamento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, estabelecendo condições mínimas de composição, almejando ainda, fortalecer o SESMET junto à Administração.

CAPÍTULO II**DAS FINALIDADES**

Art. 2º O Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho tem por finalidade proteger o funcionário em seu local de trabalho, promovendo a saúde e integridade física e reduzindo acidentes ou doenças ocupacionais, conforme NR 4.

Art. 3º É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica e Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia.

CAPÍTULO III**DA COMPOSIÇÃO**

Art. 4º O Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho terá composição conforme dispõe o dimensionamento da NR4, na forma que segue:

- I- Representante da Diretoria Administrativa;
- II- Representante da Diretoria Técnica;
- III- Representante da Gerência Administrativa;
- IV- Engenheiro de Segurança do Trabalho;

V- Médico do Trabalho;

VI- Enfermeiro do Trabalho;

VII – Auxiliar de Enfermagem do Trabalho;

VIII- Técnico de Segurança do Trabalho;

Parágrafo único – Entre os membros deverá estar o responsável pelo Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, obrigatoriamente.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 5º É de competência do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade e segurança do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais e através destas:

I- Aplicar os conhecimentos do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos de modo a reduzir e até eliminar os riscos ali existentes a saúde do trabalhador;

II- Determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e esse persistir, mesmo reduzido a utilização pelo trabalhador de equipamentos de proteção individual de acordo com a NR 6, desde que a intensidade ou característica do agente assim o exija.

III- colaborar quando solicitado nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da unidade.

IV – Responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quando ao cumprimento do disposto nas NR's aplicáveis as atividades executadas na unidade ou de seus estabelecimentos;

V- Manter permanentemente relacionamento com a CIPA valendo-se o máximo de suas observações além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la;

VI- Promover atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente.

Art. 6º Compete aos membros nomeados da Comissão eleger o Presidente e o Secretário através de votação simples dos membros da comissão, o Vice- Presidente será indicado pelo Presidente eleito da Comissão.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º O Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho do Hospital Estadual de Luziânia terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com infraestrutura básica para seu funcionamento;

Art. 8º As reuniões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente com local e horário, previamente definidos e informados.

Art. 9º As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário;

Art. 10º As decisões consideradas resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Art. 11º O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Art. 12º Todos membros serão nomeados pelo Diretor Geral do Hospital Estadual de Luziânia. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho.

Art. 13º As decisões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 14º Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e das ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 15º As reuniões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de

Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Luziânia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 16º O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata de reunião ordinária ou extraordinária.

Art. 17º Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas durante um ano.

Art. 18º Nenhum membro do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, 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 ou seu vice-presidente em caso de impedimentos do mesmo, e em situações não padronizadas pelo Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 19º São atribuições do presidente do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, além das outras instituídas neste regimento:

I- Encaminhar a pauta da reunião para o secretário da Comissão fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedência das reuniões ordinárias;

II- Presidir as reuniões;

III Representar a Comissão junto às Gerências ou Diretoria da instituição, ou indicar seus representantes;

IV- Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, normalizar as rotinas de fiscalização e acompanhamentos das boas práticas da segurança do trabalho, previamente aprovados pelos membros desta.

V- Coordenar a elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais PPRA da instituição adequando-os às formas de lei específica.

VI- Estabelecer um programa de atividades e metas para o Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho definindo prazos a serem cumpridos;

VII- Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais PPRA.

VIII – Fazer cumprir o regimento interno do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho do Hospital Estadual de Luziânia;

IX- Nas decisões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, além de seu voto, terá o voto de qualidade (voto minerva).

Art. 20º Ao vice-presidente do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, além de outras instituídas neste regimento, é atribuído:

I – Assumir as atividades do presidente na sua ausência, presidindo as reuniões coordenando os debates;

II- Executar atribuições que lhe forem delegadas;

III- Zelar pelo sigilo ético das informações e cumprimento do regimento interno do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho do Hospital Estadual de Luziânia;

Art. 21º São atribuições do Presidente e vice-presidente, em conjunto:

I- Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II- Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III – Delegar atribuições aos membros da Comissão;

IV- Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento;

Art. 22º São atribuições da Secretária do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho:

I – Receber e protocolar os processos e expedientes;

II- Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III- Convocar os membros do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho para as reuniões determinadas pelo presidente;

IV- Organizar e manter o arquivo do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho;

VI- Solicitar aos demais setores e/ou comissões documentação necessária a avaliação, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Art. 23º São atribuições de todos os membros do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho:

I – Participar de todas as reuniões convocadas e em caso de situações que inviabilizem sua participação realizar por escrito a justificativa para a falta;

II- Desenvolver e participar ativamente das atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes;

III- Ser um agente ativo no que se refere aos assuntos de educação e prevenção de acidentes do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho na unidade a qual representa e em toda a unidade hospitalar;

IV- Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas ser entregue ao secretário do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho e aos demais membros, informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24º Os casos omissos e dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento serão solucionados pelos membros do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho em conjunto com a Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia.

Art. 25º A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros ou da Diretoria Geral, ou por mudança no ordenamento jurídico pertinente, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 26º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criação o Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho	X										
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaboração do Plano de Implantação da Brigada de incêndio e verificação do sistema geral de incêndio da unidade	X	X	X									
Elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA da unidade			X	X	X							
Gerar relatório da reunião		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Discorrer sobre a eficácia da implantação dos planos e programas								X	X	X	X	X
Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL (membros e finalidade)

Membros:

A COREMU será constituída por:

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

Finalidade:

- I - Exercer a Coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento de todos os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em área profissional da Saúde;
- II - Proceder ao acompanhamento e avaliação de desempenho dos discentes;
- III – definir as diretrizes, elaborar os editais e acompanhar o processo seletivo de candidatos; IV – estabelecer a comunicação e tramitação de processos junto à Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS) visando ao atendimento da legislação vigente;
- V - Propor políticas educacionais para os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em área profissional da saúde em consonância com as exigências regionais e nacionais, inclusive opinando sobre questões curriculares, quando devidamente solicitado por diferentes instâncias e dos demais que se fizerem.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

CARACTERIZAÇÃO

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

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

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

CAPÍTULO II

OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III

OBRIGAÇÕES E DIREITOS DOS RESIDENTES

Artigo 6º - Na admissão ao Programa os residentes receberão uma cópia deste Regulamento, juntamente com o Regimento Interno do Hospital Estadual de Luziânia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

COORDENAÇÃO

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

Artigo 13º - A COREMU será constituída por:

I - Um Coordenador e um Vice Coordenador da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;

II. um Representante por Área Profissional que compõe o Programa;

III - um Representante das Disciplinas Teóricas Integradas;

VI - Um Representante dos Supervisores que atuam no Programa;

V - Um Representante de Preceptores que atuam no Programa; VI - um Representante dos Residentes;

VII- Um Representante do Gestor local.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artigo 14º - O Coordenador é o elemento Executivo da COREMU.

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

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

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

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

Artigo 17º - É da competência da COREMU:

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

VI. envidar esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos Programas Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hospital Estadual de Luziânia.

Parágrafo único - Caso esteja cursando o último ano de graduação, o candidato deverá apresentar declaração comprobatória expedida pela Instituição de Ensino de origem;

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

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

§2º - Na hipótese de candidato que tenha concluído o curso de graduação em Instituição estrangeira, somente será deferida sua matrícula no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar mediante apresentação do diploma devidamente revalidado por Instituição competente.

ADMISSÃO E PROCESSO SELETIVO

Artigo 18º - O candidato ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hospital Estadual de Luziânia deverá:

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

Artigo 19º - Poderão ingressar no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, os profissionais de saúde formados por Instituições oficiais ou

reconhecidas pelo Conselho Federal de Educação, ou em Instituições estrangeiras, desde que o diploma esteja devidamente revalidado.

Artigo 20º - O ingresso ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar se dará através de processo seletivo público realizado conforme Edital, elaborado especificamente com esta finalidade e amplamente divulgado.

CAPÍTULO V

Artigo 21º - O processo de seleção pública dos candidatos ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar dar-se-á mediante prova classificatória, entrevista e análise de currículo.

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

Artigo 22º - A COREMU preencherá as vagas que porventura surgirem posteriormente convocando, por ordem de classificação, os candidatos até 60 (sessenta) dias após o início dos programas.

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

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

§3º - Situações especiais serão estudadas pela COREMU.

CAPÍTULO VI

AVALIAÇÃO, PROMOÇÃO E APROVAÇÃO

Artigo 23º - Constarão do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar os critérios de avaliação e aprovação.

Artigo 24º - Os residentes serão avaliados, em cada área de estágio, pelos respectivos preceptores que emitirão conceitos.

Artigo 25º - Os residentes deverão ter 100% de presença nas atividades práticas. na ocorrência de faltas, estas serão repostas em plantões definidos pelo Preceptor responsável pela área de acordo com decisão do CNRM.

Artigo 26º - Os residentes com aproveitamento insatisfatório em no máximo duas áreas de estágio deverão realizá-la(s) novamente para obter conceito satisfatório e aprovação.

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

Artigo 27º- Ao término do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, a COREMU mediante lista de aprovação de cada um dos programas, conferirá o certificado de conclusão emitido pelo Hospital Estadual de Luziânia.

Artigo 28º - Cada área profissional participante do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar constituirá uma estrutura interna de funcionamento que deverá ser encaminhada a COREMU para aprovação. Esta estrutura obedecerá a seguinte classificação: Supervisor, Tutor e Preceptor.

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

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

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

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

CAPÍTULO VII

ATRIBUIÇÕES

Artigo 29º - É de responsabilidade do Representante da área profissional:

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

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

Artigo 30º - O Supervisor é o profissional responsável pelo desenvolvimento do processo de ensino e aprendizado, em sua área profissional. Cabe a ele:

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

VIII. Manter reuniões sistemáticas com o respectivo representante da área profissional;

IX. Elaborar e encaminhar a COREMU, por meio do Representante de área profissional relatórios sobre o desenvolvimento das atividades dos residentes sob sua responsabilidade.

Artigo 31º - O Tutor é o profissional responsável por auxiliar na manutenção da qualidade do Programa. Cabe a ele:

I. Estimular a atualização constante dos preceptores que atuam na sua área de especialidade;

II. Estimular a aplicação da teoria na prática;

III. Auxiliar o preceptor na avaliação do residente;

IV. Assessorar as atividades científicas dos residentes;

V. Fazer visita semanal para discutir prática clínica com preceptores e residentes;

VI. Atuar na revisão da prática profissional.

Artigo 32º- O Preceptor é o profissional responsável por ensinar o residente a utilizar adequadamente o tempo por meio da priorização de procedimentos e atitudes. Cabe a ele:

I. Participar junto ao Supervisor do planejamento anual das atividades teóricas e práticas para os R1 e R2 referentes à sua área de atuação;

II. Operacionalizar as atividades práticas para o R1 e R2;

III. Elaborar escala mensal de plantões e encaminhar para o Supervisor de eixo temático de sua respectiva área até 10 dias antes do final do mês;

IV. Elaborar e encaminhar relatório periódico sobre o desempenho dos residentes sob sua responsabilidade;

V. Ensinar o residente por meio de instruções formais e com objetivos e metas pré-determinadas.

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 33º - Os casos omissos neste Regulamento serão resolvidos pela Direção Geral, ouvida a COREMU.

Artigo 34º - O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação da COMISSÃO RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da COMISSÃO RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)
(membros e finalidade)

Membros:

A Comissão é constituída por, no mínimo, 10 membros titulares incluindo os vários profissionais que atuam no Hospital Estadual de Luziânia.

Entre os membros titulares deverá haver, pelo menos, um membro da comunidade representando os usuários da Instituição. A Comissão de Ética em Pesquisa Científica - CEPC, de acordo com o Capítulo VII, item 5, da Resolução/CNS nº 196, de 10/10/1996, deverá ser constituído por pessoas de ambos os sexos, não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha uma representação superior à metade dos seus membros.

Pelo menos metade dos membros deverá possuir experiência em pesquisa e representar as diversas áreas de atuação multidisciplinar da Instituição. Em consonância com o Capítulo VII, item 10 da Resolução/CNS nº 196, os membros não poderão ser remunerados.

O presidente da Comissão de Ética Médica do Hospital Estadual de Luziânia, eleito segundo regulamentação da Instituição, terá assento como membro do CEPC.

O mandato dos membros do CEPC será de 3 anos, sendo permitida a recondução. O CEPC será coordenado por um dos membros, eleito entre seus pares, na primeira reunião de trabalho.

Será designado 01 (um) Vice coordenador, indicado pelo Coordenador eleito e aprovado pelos membros titulares do CEPC.

Finalidades:

- Preservar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa;
- Contribuir para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e social da comunidade;
- Contribuir para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada;
- Revisar os protocolos de pesquisa com a responsabilidade pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição;

- Emitir parecer consubstanciado por escrito;
- Manter a guarda confidencial e o arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;
- Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;
- Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer parte, denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, deliberando pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo adequar o termo de consentimento;
- Manter comunicação regular e permanente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/GO).

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

NATUREZA E FINALIDADE

Artigo 1º - O Comitê de Ética em Pesquisa Científica do Hospital Estadual de Luziânia (CEPC Hospital Estadual de Luziânia) é uma instância colegiada interdisciplinar e independente, de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas, educativa e autônoma.

Tem como objetivo avaliar e emitir parecer sobre pesquisas envolvendo seres humanos no âmbito do Hospital Estadual de Luziânia, de acordo com indicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), preservando os aspectos éticos, primariamente em defesa da integridade e dignidade dos sujeitos da pesquisa, individual ou coletivamente consideradas, levando-se em conta o pluralismo moral da sociedade brasileira e obedecendo rigorosamente as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996, e complementares.

Parágrafo único - Não serão permitidas pesquisas científicas no âmbito do Hospital Estadual de Luziânia sem prévia avaliação e aprovação do CEPC Hospital Estadual de Luziânia.

Artigo 2º - O CEPC Hospital Estadual de Luziânia está subordinado administrativamente ao Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Estadual de Luziânia (DEP- Hospital Estadual de Luziânia) e a Diretoria Geral da Instituição.

Artigo 3º - A escolha dos membros do CEPC deverá estar em conformidade com a Res. CNS nº 196/96, com anuência da chefia do SES/GO e da Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia.

Artigo 4º - Os membros do CEPC Hospital Estadual de Luziânia 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 do CEPC Hospital Estadual de Luziânia quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá isentar-se de tomada de decisão.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO

Artigo 5º - A organização e criação do CEPC Hospital Estadual de Luziânia, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento, são de competência da Seção de Ensino e Pesquisa e da Diretoria Geral da Instituição, respeitando as normas da Res. CNS nº 196/96.

CAPÍTULO III

COMPOSIÇÃO

Artigo 6º - O Comitê de Ética em Pesquisa Científica do Hospital Estadual de Luziânia terá composição multiprofissional e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos, com número não inferior a sete 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 1º - A sua composição deverá estar em conformidade com a Res. CNS196/96.

Parágrafo 2º - Podem ser convidadas pessoas de fora da Instituição, com perfil que contribua para o alcance do caráter multidisciplinar e bom funcionamento do CEPC.

Parágrafo 3º - Membros ad hoc poderão ser nomeados, sempre que necessário, para avaliação de projetos específicos, sendo necessário que estes tenham reputação ilibada, idoneidade moral e notória competência nos ramos das suas atividades.

Artigo 7º - Os membros serão escolhidos através de indicação feita pelos componentes do Comitê, Chefia do Setor de Ensino e Pesquisa ou Direção da Instituição, com posterior avaliação e aprovação do CEPC, devendo estar registrada em ATA.

Parágrafo único - A participação dos membros deverá ser voluntária.

Artigo 8º - O mandato dos membros do Comitê será de três anos, sendo permitida a recondução.

Artigo 9º - O CEPC Hospital Estadual de Luziânia terá um coordenador escolhido pelos seus membros através de votação registrada em ATA, devendo ser o mesmo um profissional com idoneidade reconhecida, membro do CEPC, com experiência na área de pesquisa.

Parágrafo 1º - O mandato do Coordenador será de um ano, sendo permitida sua recondução.

Parágrafo 2º - O Coordenador será o intermediário direto entre Seção de Ensino e Pesquisa e Direção Geral do Hospital Estadual de Luziânia, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Artigo 10º - Os membros do CEPC Hospital Estadual de Luziânia não poderão ser remunerados no desempenho de suas funções, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação quando se fizer necessário.

Parágrafo 1º - Os membros do CEPC terão direito a serem dispensados das atividades as quais prestam serviços na Instituição nos horários de trabalho do Comitê, já previamente autorizado pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

Parágrafo 2º - Os membros do CEPC terão direito a uma folga mensal, não cumulativa, já previamente autorizada pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

Artigo 11º - Um membro do Comitê poderá ser afastado pela Coordenação do CEPC nas seguintes situações:

I. Faltar a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas anualmente sem justificativa adequada;

II. Deixar de cumprir as tarefas e obrigações delegadas pelo Comitê sem justificativa adequada;

III. Incurrer em falta ética grave.

CAPÍTULO IV

COMPETÊNCIAS

Artigo 12º - Ao CEPC Hospital Estadual de Luziânia compete:

I. Avaliar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida no Hospital Estadual de Luziânia e outras Instituições que não possuem Comitê de Ética, garantindo e resguardando a integridade e os direitos dos sujeitos participantes das pesquisas;

II. Manter atualizadas as normas de funcionamento;

III. Assegurar que todos os sujeitos envolvidos em pesquisa tenham consciência dos procedimentos aos quais serão submetidos, através da análise de Termos de Consentimento Informado que devem ser claros, objetivos, com critérios e condições detalhadas;

IV. Avaliar se os riscos inerentes a determinados procedimentos ou tratamentos são suplantados pelos benefícios clínicos;

V. Encaminhar para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa as situações previstas no item VIII da Res. CNS nº 196/96;

VI. Observar o seguimento das Leis e Códigos de Ética vigentes expostos na Res. CNS 196/96 e complementares;

VII. Manter em arquivo, sob sua guarda confidencial, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes à mesma; arquivados em pastas individuais;

VIII. Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados;

IX. O relator que não puder estar presente à reunião deverá enviar seu relatório por escrito, para ser lido na reunião pelo secretário executivo;

X. Os protocolos ou trabalhos recusados pelo CEPC Hospital Estadual de Luziânia não poderão ser objeto de análise ou consideração de qualquer outro elemento diretivo ou colegiado da Instituição.

Artigo 13º - Ao Pesquisador compete:

I. Apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEPC Hospital Estadual de Luziânia conforme Res. CNS nº 196/96, aguardando o parecer deste antes de iniciar a pesquisa;

II. Desenvolver o projeto de pesquisa conforme delineado;

III. Elaborar e apresentar ao Comitê os relatórios parciais e finais da pesquisa;

IV. Elaborar e apresentar balancetes anuais e balanço quando do término da pesquisa ou sempre que solicitado pelo CEPC Hospital Estadual de Luziânia;

V. Apresentar dados solicitados pelo CEPC Hospital Estadual de Luziânia sempre que solicitado;

VI. Manter em arquivo, sob sua guarda, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes a mesma; arquivados em pastas individuais;

VII. Encaminhar os resultados para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

VIII. Justificar perante o CEPC Hospital Estadual de Luziânia a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;

IX. Comunicar ao CEPC Hospital Estadual de Luziânia todos os Eventos Adversos e eventuais modificações no protocolo bem como fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo;

X. Todo e qualquer projeto da pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações da Res. CNS 196/96 e suas complementares e dos documentos endossados em seu preâmbulo;

XI. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais;

XII. Cumprir rigorosamente este Regimento.

Artigo 14º - Ao Coordenador compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e especificamente:

- I. representar a comissão em suas relações internas e externas;
- II. instalar a comissão e presidir as reuniões plenárias; III. promover a convocação das reuniões;
- III. indicar membros para estudos e emissão de pareceres necessários à compreensão da finalidade a comissão;
- IV. tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate.

Parágrafo Único - Na ausência do Coordenador, as atribuições serão desempenhadas pelo Vice Coordenador.

Artigo 15º - Aos membros do CEPC Hospital Estadual de Luziânia compete:

- I. estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes foram atribuídas pelo presidente;
- II. comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- III. requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV. verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos, a documentação e o registro dos dados gerados no decorrer do processo, o acervo de dados obtidos, os recursos humanos envolvidos, os relatórios parciais e finais do processo;
- V. desempenhar funções atribuídas pelo Coordenador;
- VI. apresentar proposições sobre as questões atinentes à CEPC Hospital Estadual de Luziânia.

Parágrafo Único - O membro da comissão deverá declarar-se impedido de emitir parecer ou participar do processo de tomada de decisão, na análise de protocolo de pesquisa em que estiver diretamente ou indiretamente envolvido.

Artigo 16º - Aos Assistentes Técnicos Científicos compete:

- I. Receber os projetos da secretaria e realizar a pré-análise dos mesmos;
- II. Participar, com os relatores, das discussões de projetos, em câmaras técnicas setoriais realizadas semanalmente;
- III. Manter contato com os pesquisadores, esclarecendo e orientando o cumprimento das normas da CEPC Hospital Estadual de Luziânia e das pendências emitida pelos relatores;
- IV. Auxiliar os relatores no acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento;
- IV. Participar das atividades de ensino da Bioética e Ética em Pesquisa, difundindo os princípios, as normas e as legislações vigentes;
- V. Apresentar relatórios anuais do funcionamento da CEPC Hospital Estadual de Luziânia.

Artigo 17º - Aos secretários da CEPC Hospital Estadual de Luziânia compete:

- I. assistir às reuniões;
- II. encaminhar o expediente;
- III. manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devem ser examinados nas reuniões do CEP Hospital Estadual de Luziânia;
- IV. providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V. lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de ata e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VI. lavrar e assinar as atas de reuniões da CEPC Hospital Estadual de Luziânia;
- VII. providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;
- VIII. distribuir aos membros da CEPC Hospital Estadual de Luziânia a pauta das reuniões.

CAPÍTULO V

DAS PESQUISAS

Artigo 18º - Na análise Ética referente às Pesquisas e Relatos de Casos inúmeros aspectos devem ser observados, envolvendo aspectos legais, morais e éticos.

Parágrafo 1º - Aspectos Legais: Quando da elaboração de um parecer sobre um projeto de pesquisa ou de um relato de caso deve ser sempre verificado a sua adequação às leis, normas e diretrizes vigentes. No Brasil as exigências estabelecidas pela Res. CNS 196/96 e suas complementares devem ser atendidas.

Parágrafo 2º - Aspectos Morais: O CEPC Hospital Estadual de Luziânia tem deveres institucionais, sociais e profissionais. Os deveres institucionais básicos são: honestidade; sinceridade; competência; aplicação; lealdade e discrição. Os deveres sociais são: veracidade, não maleficência e justiça. Os pesquisadores não devem fazer pesquisas que possam causar riscos não justificados às pessoas envolvidas; violar as normas do consentimento informado; converter recursos públicos em benefícios pessoais; prejudicar seriamente o meio ambiente ou cometer erros previsíveis ou evitáveis.

Parágrafo 3º - Aspectos Éticos: Nas pesquisas em saúde inúmeras situações podem ser caracterizados como sendo geradoras de dilemas éticos. Os aspectos éticos aplicados à pesquisa em saúde podem ser abordados por quatro diferentes perspectivas:

I. Pesquisas envolvendo de seres humanos: Quando, seres humanos são utilizados em pesquisas devem ser sempre preservados os princípios bioéticos fundamentais do Respeito ao Indivíduo (autonomia), da Beneficência (incluindo a não maleficência) e da Justiça. O respeito ao indivíduo pesquisado se materializa no processo de obtenção do Consentimento Informado. A criteriosa avaliação da relação risco/benefício tem como base o princípio da Beneficência. A seleção dos indivíduos a serem pesquisados, por sua vez, deve ter sempre presente o critério da justiça. Desta forma, não devem ser segregados grupos ou pessoas;

II. Relação com outros pesquisadores: A relação com outros pesquisadores envolve as questões de autoria e de fraudes, que, algumas vezes, são bastante complexas de serem resolvidas. O estabelecimento da autoria dos trabalhos realizados envolve aspectos relativos à lealdade, honestidade, justiça e autonomia;

III. Relação com a sociedade: A relação com a sociedade poderá ser abordada tanto nos aspectos relativos à proteção dos indivíduos (sujeito da pesquisa, pesquisadores e trabalhos envolvidos), à divulgação de resultados, bem como à avaliação do retorno social da pesquisa

CAPÍTULO VI

FLUXO ADMINISTRATIVO

Artigo 19º - No ato de recebimento do protocolo somente serão aceitas solicitações completas, com documentação em português, contendo:

- I. Carta do pesquisador principal submetendo o estudo ao Comitê, em duas vias, sendo que uma delas será protocolada;
- II. Autorização do responsável pelo Serviço onde será realizada a pesquisa dando ciência e concordância com o desenvolvimento do projeto;
- III. Folha de Rosto adequadamente preenchida, assinada e carimbada;
- IV. Projeto de Pesquisa em Português;
- V. Orçamento financeiro detalhado e remuneração do pesquisador (ou justificativa);
- VI. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ou justificativa);
- VII. Currículo dos pesquisadores;
- VIII. Informação pré-clínica e brochura do pesquisador (pesquisas com novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos);
- IX. Documento de aprovação por Comitê de Ética no país de origem ou justificativa (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira);
- X. Lista de Centros participantes no exterior e no Brasil (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira);
- XI. No caso de estudos com indústrias farmacêuticas envolvendo seus produtos, compromisso destas Instituições no custeio das despesas hospitalares, inclusive para o caso de advento de possíveis efeitos colaterais.

Artigo 20º - O Comitê irá receber e conferir os documentos de acordo com as normas da Resolução CNS 196/96:

- I. Repassar o protocolo de pesquisa para os relatores para apreciação;
- II. Registrar a pesquisa em livro ata para acompanhamento;
- III. O prazo para emissão de parecer é de 30 dias úteis;
- IV. Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;
- V. Manter comunicação regular e permanente com a CONEP/GO;
- VI. O CEPC Hospital Estadual de Luziânia deverá encaminhar semestralmente à CONEP/GO a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e imediatamente os suspensos.

Artigo 21º - O Comitê utilizará, em relação às pesquisas, os seguintes modelos de tomada de decisões:

- I. Aprovado: quando o documento obedecer às normas vigentes;
- II. Quando necessário o protocolo deverá ser encaminhado à CONEP/GO, para apreciação, juntamente com parecer consubstanciado emitido pelo CEPC;
- III. Uma vez aprovado o projeto, o CEPC Hospital Estadual de Luziânia passa a ser cor responsável ao que se refere aos aspectos éticos da pesquisa;
- IV. Manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;
- V. Acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios periódicos enviados pelos pesquisadores;
- VI. Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou alteração do curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

VII. Requerer instauração de sindicância à direção da Instituição em casos de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas. Havendo comprovação, comunicar a CONEP/GO e, no que couber, a outras instâncias.

VIII. Com pendência: quando o Comitê considera o protocolo aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solicita modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias úteis pelos pesquisadores;

IX. Retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;

X. Não aprovado: quando o documento não atende às normas específicas CONEP/CNS/GO;

XI. Aprovado e encaminhado: com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/GO), nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c da Resolução CNS 196/96.

CAPÍTULO VII

DAS REUNIÕES

Artigo 22º - O CEPC Hospital Estadual de Luziânia reunir-se-á ordinariamente, mensalmente; extraordinariamente sempre que se fizer necessário, exigindo-se a participação de mais da metade do colegiado para deliberar e/ou aprovar protocolos de pesquisa.

Parágrafo 1º - Compete ao coordenador fazer o comunicado das reuniões;

Parágrafo 2º - O local, data e horário da reunião deverão ser comunicados aos membros com no mínimo dois dias de antecedência;

Parágrafo 3º - Quando necessário o coordenador poderá convocar os membros para reunião extraordinária que deverá ser comunicada com dois dias de antecedência;

Parágrafo 4º - A reunião da CEPC se instalará e deliberará com a presença da maioria simples de seus membros, e será dirigido pelo seu Coordenador ou, na sua ausência, pelo seu Vice Coordenador.

Artigo 23º - Qualquer membro do CEPC Hospital Estadual de Luziânia quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá ausentar-se da reunião.

Artigo 24º - As reuniões se darão da seguinte forma:

- I. verificação da presença do Coordenador e, na sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice Coordenador;
- II. verificação de presença dos membros titulares e existência de quórum;
- III. votação e assinatura da Ata da reunião anterior;
- IV. comunicações breves e franqueamento da palavra;
- V. leitura e despacho do expediente;
- VI. ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- VII. organização da pauta da próxima reunião;
- VIII. distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores;
- IX. encerramento da sessão.

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 25º - Estando o CEPC Hospital Estadual de Luziânia devidamente estruturado conforme as leis e normas vigentes da CONEP/CNS/GO, todas e quaisquer sugestões e/ou alterações quanto ao seu funcionamento e assuntos pertinentes, deverão ser devidamente encaminhadas, analisadas e votadas conforme o entendimento dos componentes da referida comissão.

Artigo 26º - O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação pelo voto de 2/3 dos membros do CEPC.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO do Comitê de Ética em Pesquisa Científica											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criação do Comitê de Ética em Pesquisa Científica	X										
Aprovação do Regimento Interno	X											
Apresentar proposições sobre as questões atinentes a CEPC e elaborar plano de trabalho	X	X	X									
Revisar todos os protocolos de pesquisa já existentes na unidade		X	X									
Elaborar protocolos de pesquisa envolvendo humanos		X	X									
Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião do Comitê de Ética em Pesquisa Científica

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros do Comitê (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário deste Comitê, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA
NUTRICIONAL (EMTN) (membros e finalidade)**

Membros:

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deve ser constituída em atendimento a legislação sobre a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional Resolução do SVS/MS nº 272/1998 e a resolução RCD nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Atuação da equipe é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da equipe e motivadas pelo Presidente em exercício.

A constituição da comissão contemplará no mínimo um profissional das categorias relacionadas: Médico Clínico, Pediatra, Nutricionista, Farmacêutico, Enfermeiro, Fonoaudiólogo.

Finalidade:

- I. Supervisionar o preparo dos nutrientes dentro da dieta prescrita ao paciente, tais como tipo, volume e horário de administração; - acompanhar os mapas de dieta enteral, bem como as artesanais e ou industrializadas;
- II. Instituir rotinas para assepsia durante o preparo, manipulação e administração das dietas;
- III. Acompanhar a aceitação da dieta enteral por parte do paciente;
- IV. Analisar a prescrição parenteral, devendo acompanhar a administração, fazendo a supervisão;
- V. Acompanhar o preparo da fórmula prescrita, definindo a ordem de aditivação dos eletrólitos e o número de miliequivalentes dos oligoelementos que compõem a nutrição parenteral;
- VI. Proceder, como rotina, o exame visual em negatoscópio das soluções preparadas;

- VII. Providenciar o armazenamento das soluções em geladeiras próprias para acondicionamento;
- VIII. Prover meios para realização de testes metabólicos e de absorção no acompanhamento da evolução nutricional do paciente;
- X. Supervisionar a desinfecção das áreas de preparo de nutrição parenteral;
- XI. Propor modificações das normas, rotinas e procedimentos pertinentes à nutrição parenteral.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

CAPÍTULO I

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 1º - Deverão ocorrer reuniões periódicas, no mínimo mensais, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

Art. 2º - O profissional que se ausentar em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses será excluído.

Art. 3º - As reuniões poderão ser realizadas mesmo na ausência do presidente ou de seu vice. Nestas situações a coordenação da reunião ficará a cargo do membro com maior idade entre os presentes. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 4º - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada cópia da ata para a Diretoria Clínica.

Parágrafo único: Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 5º - Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos, sempre que necessário, que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-Presidente da comissão.

Art. 6º - O mandato dos membros da comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável por igual período.

CAPÍTULO II

ATRIBUIÇÕES

Art. 7º - São atribuições da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional:

I. Assessorar o Serviço de Terapia Nutricional com a finalidade de estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de insumos para a Terapia Nutricional;

II. Aprovar a inclusão ou exclusão de insumos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelo STN (Serviço de Terapia Nutricional) ou demais serviços ligados à assistência do paciente em TN (Terapia Nutricional), promovendo a atualização da padronização de condutas em Terapia Nutricional;

III. Avaliar os insumos de TN (Terapia Nutricional), emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar seu custo benefício como mais um critério para sua padronização;

IV. Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;

V. Promover ações que estimulem o uso racional de insumos em TN;

VI. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o STN

VII. Assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência

Art. 8º - São atribuições do Presidente da Comissão:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição ou indicar seu representante;

III. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros;

IV. Fazer cumprir o regimento.

Art. 9º - Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Parágrafo único: São atribuições do vice-presidente assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 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 desta secretaria.

CAPÍTULO III

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 11º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 12º Este regimento entrará em vigor na data de sua publicação

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Equipe											
	Multiprofissional de Terapia Nutricional											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar o programa de atuação para o primeiro ano de atuação da Equipe	X	X										
Elaborar programa de palestras		X	X									
Definir indicadores prioritários da equipe		X	X									
Realizar treinamento			X	X								
Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Equipe (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Equipe, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-



PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA
(membros e finalidade)

Membros:

A Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Luziânia, com representantes dos Serviços de Saúde Ocupacional, Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Bloco Cirúrgico e Unidades de Internação.

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 E CRONOGRAMA

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 de Luziânia 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 de Luziânia 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 de Luziânia.

CAPÍTULO III**DA COMPOSIÇÃO**

Artigo 5º - A Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Luziânia, 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 cirurgia e recuperação pós anestesia.
- 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 do Hospital Estadual de Luziânia 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 de Luziânia.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão de Proteção Radiológica											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criação a Comissão de Proteção Radiológica	X										
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar o programa de atuação	X	X										
Elaborar programa de palestras		X	X									
Definir indicadores prioritários da equipe		X	X									
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da Comissão de Proteção Radiológica

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA (membros e
finalidade)****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 do ambiente hospitalar, 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 hospitalares;
- 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 hospitalar.

A Comissão de Biossegurança do Hospital Estadual de Luziânia é de natureza investigativa e técnico-científica e tem por finalidade assessorar a Direção do Hospital na formulação de políticas nas áreas de tecnologia, 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 do hospital 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 de Luziânia, 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 E CRONOGRAMA

Regimento Interno:

**CAPÍTULO I
DAS FINALIDADES**

Art. 1º. É objetivo desta Comissão:

- I. Gerenciar a situações de risco do Hospital Estadual de Luziânia;
- II. Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento do Hospital Estadual de Luziânia;
- III. Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares 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-Hospitalar 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 do Hospital Estadual de Luziânia 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;
- III. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção do hospital;
- 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 do hospital;
- 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 do hospital;
- XIII. Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação do hospital.

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 pelo hospital;
- VI. Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;
- VII. Divulgar aos Serviços via on-line, as alterações realizadas no âmbito hospitalar 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.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão de Biossegurança											
	de Biossegurança											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Comissão de Biossegurança	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar o programa de atuação	X	X										
Elaborar programa de palestras para minimização de riscos		X	X									
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Biossegurança.**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS
PARA A SAÚDE (membros e finalidade)**

Membros:

A Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde será composta por:

- I. Dois representantes do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.
- II. Um representante da CCIH;
- III. Um representante da Central de Materiais e Esterilização - CME;
- IV. Um representante do Setor da Farmácia Hospitalar;
- V. Um representante da Divisão Médica;
- VI. Um representante do Setor de Compras ou Suprimentos;
- VII. Um representante da Unidade de Engenharia Clínica.

Finalidade:

A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde é uma instância colegiada, consultiva e deliberativa, com a finalidade de normatizar e implementar no Hospital Estadual de Luziânia o processo de padronização dos produtos para saúde, estando vinculada à Diretoria Técnica, em decorrência de sua transversalidade por tratar de questões relacionadas a pesquisa, ensino e assistência.

Constitui-se finalidade da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde a elaboração, com racionalização sistemática, da relação dos produtos para saúde, com os seus respectivos descritivos (marcas/fabricações), aprovados no hospital e posterior validação para inclusão ou exclusão de qualquer item à lista dos produtos padronizados.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Para efeitos deste regimento, foram adotadas as seguintes definições:

- I. **Produtos para saúde:** são aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação estejam ligados à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, ou a fins diagnósticos.
- II. **Materiais e artigos descartáveis:** são os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, utilizáveis somente uma vez de forma transitória 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 – dispositivo permanente ou transitório utilizado para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais. 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 “invitro”:** 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 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 conste 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 (Lei 8.078 de 11/09/90). Isto compreende a apresentação por parte dos Fornecedores dos Registros dos artigos na ANVISA, conforme RDC nº 185/2001 da ANVISA/MS, com sua publicação no D.O.U. ou documento do cadastramento (RDC 260/02) dos produtos, nos casos não aplicáveis.

XIX. **Desvio de qualidade:** afastamento dos parâmetros técnicos de qualidade estabelecidos para um produto ou exigidas no processo de registro na ANVISA, ou outras ráticas (Ex.: falha do produto durante o uso, defeito de fabricação, funcionamento inadequado, rotulagem incorreta etc).

CAPÍTULO II**DA NATUREZA E FINALIDADE**

Art. 2º A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde é uma instância colegiada, consultiva e deliberativa, com a finalidade de normatizar e implementar no Hospital Estadual de Luziânia o processo de padronização dos produtos para saúde, estando vinculada à Diretoria Técnica, em decorrência de sua transversalidade por tratar de questões relacionadas a pesquisa, ensino e assistência.

Art. 3º Constitui-se finalidade da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde a elaboração, com racionalização sistemática, da relação dos produtos para saúde, com os seus respectivos descritivos (marcas/fabricações), aprovados no hospital e posterior validação para inclusão ou exclusão de qualquer item à lista dos produtos padronizados.

CAPÍTULO III**DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 4º São de competência da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde:

- I. Elaborar a padronização dos produtos para saúde. Nesse sentido, o método descritivo deverá ser utilizado para a identificação com clareza das 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 dos materiais a serem adquiridos pelo hospital;
- IV. Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações de acordo com a rede, sempre que possível;
- 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. Contribuir, junto ao Serviço de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, para a qualificação das informações sobre queixas técnicas relacionadas aos produtos para saúde;
- XII. Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;
- XIII. Realizar estudos acerca do custo-benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;
- XIV. Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados no hospital, para os casos excepcionais;
- XV. Divulgar no hospital as atualizações da padronização;
- XVI. Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver;
- XVII. Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;
- XVIII. 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;
- XIX. 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;

- XX. Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;
- XXI. Receber assessoria jurídica do hospital, sempre que necessário, para consultas e orientações;
- XXII. Informar ao Serviço de Planejamento de Tecnologias em Saúde sobre as inclusões e exclusões da relação de padronização da filial;
- XXIII. Assessorar a governança do hospital em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;
- XXIV. Assessorar a Diretoria de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;
- XXV. Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Abastecimento Farmacêutico do hospital;
- XXVI. Consultar o setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, acerca das notificações sobre produtos para saúde no hospital e na rede;
- XXVII. Estimular que os profissionais utilizem Sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares, para notificarem incidentes e desvios de qualidade relacionados ao uso de produtos para saúde;
- XXVIII. Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;
- XXIX. Consultar o setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, acerca das notificações encaminhadas para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária por meio do NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária); Acompanhar junto ao setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e à Unidade de Abastecimento Farmacêutico a convocação de fornecedor para formalizar a notificação, bem como a solicitação de análise de amostras por parte do fabricante e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado, bem como a reprovação da marca do produto para evitar novas aquisições destes produtos;
- XXX. Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde no hospital;

XXXI. 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;

XXXII. Revisar anualmente a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;

XXXIII. Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados;

XXXIV. Excluir os itens da padronização que estejam ociosos (não há uso pelos setores assistenciais do hospital ou não se efetivou compra desses) por um período de 12 meses.

CAPÍTULO IV

DAS HABILIDADES DOS INTEGRANTES

Art 5º 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 V

DA COMPOSIÇÃO

Art. 6º A Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde será composta por:

- I. Dois representantes do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- II. Um representante da CCIH;
- III. Um representante da Central de Materiais e Esterilização - CME;
- IV. Um representante do Setor da Farmácia Hospitalar;
- V. Um representante da Divisão Médica;
- VI. Um representante da Unidade de Compras ou Suprimentos;
- VII. Um representante da Unidade de Engenharia Clínica.

Art. 7º 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. 8º Os membros da CPPS deverão 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 VI

DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art. 9º A CPPS é constituída administrativamente por:

- I. Presidente;
- II. Vice-presidente;

- III. Secretário;
- IV. Membros efetivos;
- V. Consultores técnicos convidados, quando necessário.

Art 10. A CPPS poderá solicitar a colaboração de outros profissionais internos e/ou externos, especialistas, como membros eventuais, visando à melhor consecução das atividades relacionadas a análise dos produtos para saúde, podendo formar câmeras técnicas se assim acharem o mais pertinente.

Art 11. O presidente, vice-presidente e o secretário da CPPS serão escolhidos entre seus membros, com o aval da Diretoria Técnica.

Art 12. O mandato de cada representante será de 02 (dois) anos, a contar da data da posse, podendo ser prorrogado por igual período em comum acordo com os membros da comissão.

Art 13. Um suplente deverá ser indicado para cada membro titular, que o represente em suas ausências e impedimentos.

Art 14. A designação dos membros da comissão deverá ser precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento anual do Termo de Compromisso e Confidencialidade.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art 15. São atribuições do 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 Diretoria, quando solicitado;
- IV. Receber dos fornecedores as amostras dos materiais em processo de compra ou não, e encaminhar às 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 a Seção de Compras as especificações dos produtos para saúde padronizados na instituição, para dar suporte técnico a todos processos licitatórios do hospital;
- VIII. Participar da elaboração do processo de compras prestando suporte técnico ao Setor de Compras;
- IX. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de produtividade para Avaliação;
- X. Técnica dos insumos da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados;
- XI. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela Gerência de Risco Sanitário Hospitalar (levando o caso a Comissão e podendo retirar o produto da lista dos itens padronizados, caso se julguem necessário);
- XII. Solicitar Treinamento aos Colaboradores (e indicar para o setor específico de treinamento 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;
- XIII. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Hospital;
- XIV. Encaminhar a listagem de produtos para saúde padronizados, para a Unidade de Apoio Corporativo, para que ela seja divulgada no site do Hospital Estadual de Luziânia, e utilizados no Setor de Suprimentos para o processo licitatório;
- XV. Elaborar Relatório Anual de Atividades da CPPS;
- XVI. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pela Superintendência;

Art 16. São atribuições do Vice-presidente:

- I. Representar e desenvolver as atividades do Presidente em suas ausências e impedimentos.

Art. 17. São atribuições do 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 para Saúde e elaborar as respectivas atas;
- III. Enviar a Unidade de Apoio Corporativo as informações referentes as Atas, Nomeações e Documentos para divulgação no Site do Hospital Estadual de Luziânia;
- IV. Enviar as Atas das reuniões mensais endereço eletrônico do Hospital Estadual de Luziânia;
- V. Digitar, ordenar e arquivar documentos da Comissão seguindo critérios de arquivamento pré-estabelecidos;
- VI. Controlar a entrada e saída de documentos da Comissão;
- VII. Encaminhar e receber documentos através de registro no SIG protocolo;
- VIII. Providenciar a cópia de impressos necessários ao desenvolvimento das atividades da Comissão;
- IX. Elaborar, atualizar e disponibilizar para a presidência, um banco de dados informatizado dos produtos aprovados e/ou reprovados nos testes;
- X. Desempenhar tarefas afins;
- XI. Encaminhar, no início de cada ano, o calendário anual das reuniões da CPPS para a Unidade de Apoio Corporativo e para os Membros da Comissão;
- XII. Manter o Banco de Dados de materiais e de fornecedores atualizado.

Art. 18. São atribuições dos 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.

CAPÍTULO VIII

DO FUNCIONAMENTO E DELIBERAÇÕES

Art. 19. 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 arquivado toda sua documentação em local a ser designado em sua primeira reunião ordinária.

Art. 20. 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. 21. As decisões serão tomadas por consenso, e ou se necessária votação, com necessidade de maioria absoluta e decidirá pela aprovação ou não da padronização e/ou envio ao NATS para avaliação científica. A comissão deliberará no horário marcado, com o "quórum" presente de metade mais um de seus membros.

Art. 22. Só ocorrerá a reunião da CPPS com a presença da maioria de seus membros titulares ou seus respectivos representantes na impossibilidade de presença dos primeiros, 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. 23. 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. 24. Os membros deverão comparecer pontualmente às reuniões das quais foram convocados. Em caso de ausência, a mesma 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 caso não possam comparecer devem justificar sua ausência.

Art. 25. Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano de trabalho, sendo solicitadas novas indicações pelo serviço/diretoria.

Art. 26. Os membros poderão ser substituídos, a qualquer tempo, mediante ato formal motivado por iniciativa própria, através de requerimento escrito com justificativa.

Art. 27. Compete ao presidente estabelecer a ordem do dia da reunião. Na impossibilidade do presidente e do vice-presidente estarem em reunião ordinária, a mesma será conduzida por um membro indicado pela Comissão.

Art. 28. As reuniões terão duração máxima de 2 horas.

Art. 29. Caso as recomendações e pareceres da CPPS não sejam aceitas para a homologação final da Superintendência, o Presidente deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

Art. 30. Enquanto pertencer à CPPS, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias de produtos para saúde.

Art. 31. O encaminhamento das reuniões da CPPS obedecerá a seguinte rotina:

- I. Aprovação da ata da reunião anterior, seguida de assinatura;
- II. Revisão das demandas pendentes;

- III. Deliberação dos itens da pauta, e votação quando for o caso;
- IV. Sugestão de pauta da próxima reunião.

CAPÍTULO IX

DO EXPEDIENTE E ATAS DAS REUNIÕES

Art. 32. A pauta da reunião deverá ser pré-definida com clareza dos temas.

Art. 33. 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. 34. 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. 35. Encaminhamentos: onde são registrados os prazos para execução de tarefas e é estabelecido o dia, horário, local e participantes da próxima reunião.

Art. 36. A ata deve ser um documento sucinto, de fácil leitura e identificação (em especial) das decisões tomadas.

CAPÍTULO X

DO FUNCIONAMENTO DAS CÂMARAS TÉCNICAS

Art. 37. As Câmaras Técnicas serão compostas por membros da CPPS designados pelo Presidente e por Consultores convidados.

Art. 38. 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. 39. 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 de compras;
- 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 XI

DA PADRONIZAÇÃO DOS ITENS

Art. 40. 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.

Art. 41. 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 uso de outros artigos e processos de esterilização, será obrigatória uma justificativa plena para a aquisição, impacto sobre a saúde e agilização do trabalho.

Art. 42. Qualquer alteração que gerar aumento de custo orçamentário (O custo efetividade do uso, proposto em procedimentos frente aos recursos disponíveis justifica a alteração na padronização) deverá ser encaminhado para aprovação do Colegiado Executivo.

Art. 43. Constituem-se objetivos da Padronização:

I. Determinar a qualidade dos produtos médicos que são disponibilizados para os profissionais, com impacto direto na qualidade da assistência ao paciente;

II. Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;

III. Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício;

IV. Permitir a compra em grandes lotes;

V. Otimizar o trabalho do Setor de Logística e Unidade de Compras;

- VI. Diminuir os custos de estocagem reduzindo a quantidade de itens estocados;
- VII. Adquirir materiais com maior rapidez;
- VIII. Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicação;
- IX. Obter maior qualidade e uniformidade.

Art. 44. Os critérios de seleção de Produtos para Saúde (inclusão e exclusão) para a lista dos padronizados serão consenso entre os membros da Comissão presentes na reunião e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo quaisquer modificações documentadas e oficializadas.

Art. 45. Membros da equipe assistencial (Médicos, Farmacêuticos Enfermeiros, Nutricionistas, Fisioterapeutas e demais profissionais da saúde) e o SOST (quando se tratar de Equipamento de Proteção Individual) terão a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de produtos na padronização, sempre que julgarem necessário. O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário "Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde".

Art. 46. A solicitação de inclusão ou exclusão de produtos na padronização será analisada pela CPPS que emitirá parecer favorável ou não à inclusão ou exclusão do produto na lista de padronizados, com o preenchimento do Formulário "Análise e Parecer Técnico de inclusão/exclusão".

Parágrafo Único: A resposta ao solicitante será através de Carta Resposta, elaborada pelo secretário, contendo a deliberação da Comissão.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 47. Artigos aprovados que, porventura, após o processo de compra e aquisição apresentarem não conformidades, notificadas e investigadas pela área de Risco Sanitário Hospitalar, serão automaticamente colocados como pauta na próxima reunião da Comissão.

Art. 48. Os produtos reprovados somente poderão ser submetidos a novos testes mediante comprovação oficial das alterações efetuadas pelo fabricante de modo a atender as especificações da instituição.

Art. 49. É vedado à Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, o fornecimento extra institucional de laudos técnicos referentes aos produtos testados no Hospital Estadual de Luziânia.

Art. 50. Só poderão participar do processo de compras os produtos aprovados pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde do hospital.

Parágrafo Único: Os produtos a serem licitados deverão seguir as especificações padronizadas, fornecidos pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

Art. 51. Os produtos a serem incluídos, excluídos ou alterados deverão ser encaminhados para Comissão, para apreciação, através do Formulário "Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde".

Art. 52. Toda e qualquer política interna, rotina operacional ou decisão estratégica relacionada ao uso de Produtos para Saúde deverá passar por avaliação prévia da CPPS, que fará cumprir a implementação sugerida, desde que a julgue apropriada.

Art. 53. Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade e comunicado a sede:

I. Por motivo de alterações na Legislação nos âmbitos federal, estadual ou municipal referente à aquisição de Produto para Saúde;

II. Por iniciativa da CPPS com acordo da maioria absoluta dos membros da Comissão, visando custo-benefício para os profissionais, para os pacientes e para a Instituição.

Art. 54. Os casos omissos serão decididos pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar o programa de atuação	X	X										
Elaborar programa de palestras para minimização de riscos		X	X									
Redigir os formulários de Padronização de Produtos para Saúde		X	X									
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar inclusão e exclusão de materiais e equipamentos padronizados			X	X								
Divulgação da lista de produtos padronizados para 20% das áreas específicas.				X	X							
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde:**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM
INTEGRIDADE DA PELE (membros e finalidade)**

Membros:

A Comissão terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares.

Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, farmácia e representante do serviço de educação permanente da instituição, preferencialmente de nível superior.

A Comissão de Prevenção e Cuidados com a integridade da pele deve contar com, no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão e alteração regimental.

Finalidade:

A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele do Hospital Estadual de Luziânia é um órgão de assessoria e de autoridade da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e otimizar recursos.

Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno:

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Artigo 1º - O presente Regimento disciplina a organização e o funcionamento da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele do Hospital Estadual de Luziânia, bem como, estabelece a dinâmica de suas atividades e de seu funcionamento.

Esta comissão tem por finalidade oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais do Hospital Estadual de Luziânia, assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição,

I - A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele do Hospital Estadual de Luziânia é de natureza técnico- científica permanente.

II – A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele é um órgão de assessoria vinculado à Diretoria.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Artigo 2º - A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele do Hospital Estadual de Luziânia é um órgão de assessoria e de autoridade da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e otimizar recursos.

I - Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas.

II - Entende-se por ferida qualquer perda da continuidade da pele.

III - Entende-se por curativo o tratamento, utilizando técnicas com produtos químicos, físicos e mecânicos no local da ferida.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA

Artigo 3º - A Comissão terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares.

Artigo 4º - Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, farmácia e representante do serviço de educação permanente da instituição, preferencialmente de nível superior.

Artigo 5º - A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele deve contar com, no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

Parágrafo Único: Para o bom funcionamento da Comissão, é imprescindível a nomeação de um secretário, com função exclusiva, mesmo não sendo um membro da mesma.

CAPÍTULO IV

NOMEAÇÃO

Artigo 6º - Os membros titulares da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele serão escolhidos por seus pares em votação aberta em reunião, em concordância com a Diretoria, para exercerem estas funções por um período de no mínimo 2 (dois) anos, permitindo-se a recondução.

Artigo 7º - A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele deverá ser formada por profissionais da área de saúde, que prestem assistência direta ao paciente com lesão de pele, seja no cuidado ambulatorial ou em uma unidade de internação e que atuem como sujeitos na prevenção do surgimento de lesões e atuem na evolução de feridas nesses indivíduos.

Artigo 8º - O presidente da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele deve necessariamente ser um enfermeiro, preferencialmente especialista em Estomaterapia e/ou Dermatologia e/ou Assistência em Lesões de Pele.

Artigo 9º - O vice-presidente deve ser um profissional de nível superior enfermeiro que tenha interesse pelo tema.

Artigo 10º - O mandato do presidente, vice-presidente e dos membros da CCP será de no mínimo 02 (dois) anos, podendo haver recondução ao cargo por prazo indeterminado, visto que, este é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros, através de indicação da comissão e nomeação pela Diretoria do Hospital Estadual de Luziânia.

Artigo 11º - Após a nomeação pela Diretoria, permanecendo os mesmos membros, caberá somente a recondução, ou seja, após a indicação da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele no sentido de reconduzir seus membros, caberá como ato da Diretoria a publicação de portaria de recondução.

Artigo 12º - Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a Diretoria do Hospital Estadual de Luziânia com antecedência mínima de 30 dias.

Artigo 13º - O mandato poderá ter um período inferior, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo com a Comissão ou por ausência em 03 (três) reuniões consecutivas, sem aviso prévio, ou 06 (seis) alternadas, mesmo que com aviso prévio.

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

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Artigo 14º - À Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele compete:

I. Garantir aos pacientes do Hospital Estadual de Luziânia um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões,

- II. Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida.
- III. Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.
- IV. Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.
- V. Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.
- VI. Reduzir os custos hospitalares.
- VII. Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.
- VIII. Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.
- IX. Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro do Hospital Estadual de Luziânia.
- X. Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.
- XI. Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes do Hospital Estadual de Luziânia, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão.
- XII. Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.
- XIII. Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões.
- XIV. Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

CAPÍTULO VI**DAS ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES****Artigo 15º - Atribuições do Presidente:**

- I – Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Pele;
- II- Instalar a comissão e presidir suas reuniões;
- III – Promover convocação formal das reuniões;
- IV- Representar a Comissão de Cuidados com a Pele em suas relações internas e externas;
- V- Tomar parte das discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto em caso de empate;
- VI - Indicar, dentre os membros da comissão, os relatores dos expedientes, quando da ausência do secretário;
- VII - Indicar os membros para a realização de estudos, levantamento de pareceres e outros, quando necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;
- VIII- Promover a interação da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.
- IX - Solicitar, quando necessário e na ausência de um médico disponível, exames complementares para melhor acompanhamento do paciente, respeitando competências para cada profissional, sendo que estes exames serão posteriormente avaliados conjuntamente com o médico do paciente e cabe ao médico a prescrição de medicamentos para uso sistêmico;

Artigo 16º - Atribuições do vice-presidente:

- I - Auxiliar na direção, coordenação e supervisão das atividades da Comissão de Cuidados com a Pele;
- II- Auxiliar na promoção da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.
- III- Na ausência do presidente, o vice-presidente realizará suas atribuições.

Artigo 17º - Atribuições do secretário:

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

Artigo 18º - Atribuições do serviço de educação permanente:

- I. – Auxiliar na promoção de capacitações sobre feridas e curativos com os profissionais da instituição e demais interessados;
- II. – Elaborar, conjuntamente com a comissão, projetos de capacitações estabelecendo datas, locais, conteúdos programáticos e público alvo;
- III. Buscar parcerias e patrocinadores para a realização das capacitações quando necessário;
- IV. Realizar relatórios de todas as capacitações realizadas;
- V. Avaliar se as capacitações estão atingindo os objetivos esperados.

Artigo 19º - Atribuições dos enfermeiros da Comissão:

- I. Avaliar as feridas dos pacientes desta instituição em parceria com a Comissão de Cuidados com a Pele quando solicitado;
- II. Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a admissão de pacientes com lesões;

III. Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a alta de pacientes com lesões;

IV. Acompanhar, quando solicitado pela Comissão, os pacientes com lesões de pele, sendo que este acompanhamento não exime a equipe de enfermagem assistencial das unidades de internação da responsabilidade de execução de curativos e da avaliação da ferida.

Artigo 20º - Atribuições comuns aos membros da Comissão de Cuidados com a Pele:

I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;

II. Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;

III. Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;

IV. Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;

V. Auxiliar na formação, treinamento e aprimoramento de pessoal na realização de curativos.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

Artigo 21º - A Comissão irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após solicitação de parecer do enfermeiro ou médico responsável pelo paciente ou através da busca ativa de pacientes nas unidades de internação.

Artigo 22º - As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das lesões pode ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular.

Artigo 23º - As solicitações de parecer do período noturno e final do período vespertino, serão realizadas com prazo máximo de 48 horas, salvo se os integrantes da comissão estiverem envolvidos em outras atividades.

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

Artigo 25º - Dias de Funcionamento:

I - Esta comissão atenderá os pacientes desta instituição e ambulatoriais em dias úteis da semana.

Artigo 26º - Das reuniões:

I. As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro do Hospital Estadual de Luziânia.

II. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas mensalmente, com dia e horário previamente agendados.

III. Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros.

Artigo 27º - Os assuntos que demandarem decisão da Comissão serão colocados em pauta para votação pelo Presidente.

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

II. Os membros consultores, quando convocados, terão direito ao voto.

III. Será considerado "quórum", para votação, a maioria simples dos membros desta comissão.

IV. Em caso de empates nas votações, caberá ao Presidente o desempate ("voto Minerva").

CAPÍTULO VIII**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Artigo 28º - Este regimento poderá ser alterado, mediante proposta, através da aprovação de 3/5 de seus membros executores.

Artigo 29º - O Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele											
	Pele											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar a Política e Planejar a implantação da Gestão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele	X	X										
Elaboração da Matriz Gerenciamento do processo de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele		X	X									
Aplicação da Pesquisa de Cultura de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele									X	X		
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele:**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 -

2 -

3 -

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (membros e finalidade)**Membros:**

O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá composição multiprofissional e multissetorial, contando com a seguinte equipe operacional:

- I. Coordenador Médico;
- II. Médico Regulador;
- III. Enfermeiro;
- IV. Técnico de Enfermagem;
- V. Médicos Assistentes Técnicos;
- VI. Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;
- VII. Chefe da Unidade de Regulação Assistencial;
- VIII. Auxiliar administrativo.

Finalidade:

A Comissão será responsável pelas ações de gerenciamento de leitos no ambiente hospitalar. A organização e composição da Comissão se dará conforme Regimento Interno a seguir:

Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre as Unidades de Saúde, as Centrais de Regulação e a Diretoria do Hospital.

O Núcleo Interno de Regulação - NIR é de caráter permanente e atua como um núcleo de formação multiprofissional e multissetorial. Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre as Unidades de Saúde, as Centrais de Regulação e a Diretoria do Hospital Estadual de Luziânia, além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar a utilização do leito hospitalar.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno:

**CAPÍTULO I
DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADE**

Art. 1º O Núcleo Interno de Regulação - NIR é de caráter permanente e atua como um núcleo de formação multiprofissional e multissetorial. Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre as Unidades de Saúde, as Centrais de Regulação e a Diretoria do Hospital Estadual de Luziânia, além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar a utilização do leito hospitalar.

Art. 2º O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas do Hospital Estadual de Luziânia e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis: PORTARIA MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 ; PORTARIA MS Nº 2048, de 5 de novembro de 2002; PORTARIA MS Nº 2.657, DE 16 de dezembro de 2004; PORTARIA MS Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013; PORTARIA MS Nº 3432, de 12 de agosto de 1998; RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156, de 28 de outubro de 2016.

**CAPÍTULO II
DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 3º Compete ao Núcleo Interno de Regulação – NIR:

- I. Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre a Central de Regulação de Leitos da SES/GO e Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- II. Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos leitos hospitalares sob regulação para a Central de Regulação de Leitos da SES/GO, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;
- III. Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;

- IV. Atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;
- V. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;
- VI. Divulgar as deliberações à Comunidade Hospitalar por meio de boletins eletrônicos ou impressos.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 4º O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá composição multiprofissional e multissetorial, contando com a seguinte equipe operacional:

- I. Coordenador Médico;
- II. Médico Regulador;
- III. Enfermeiro;
- IV. Técnico de Enfermagem;
- V. Médicos Assistentes Técnicos;
- VI. Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;
- VII. Chefe da Unidade de Regulação Assistencial;
- VIII. Auxiliar administrativo.

Parágrafo único – O Núcleo Interno de Regulação - NIR poderá contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Artigo 5º As indicações para integrar o Núcleo Interno de Regulação - NIR serão submetidas à aprovação da Diretoria do Hospital Estadual de Luziânia.

CAPÍTULO IV

ATRIBUIÇÕES

Art. 6º Ao coordenador médico incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR e, especificamente:

- I. Seguir as atribuições dos responsáveis pelos postos de trabalho;
- II. Coordenar e orientar as ações da equipe em relação a regulação médica assistencial;
- III. Fornecer suporte técnico relacionado a questões médico hospitalares;
- IV. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- V. Promover a articulação da instituição com os serviços da rede, viabilizando a continuidade do cuidado;
- VI. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades métodos diagnósticos para agilizar transferências e permanências prolongadas de pacientes na instituição;
- VII. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades a criação de protocolos administrativos e assistenciais para melhorar o fluxo regulatório;
- VIII. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;
- IX. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;
- X. Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contrarreferência dos usuários atendidos no hospital;
- XI. Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas.

Parágrafo único – Na ausência ou impedimento temporário do coordenador médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, suas funções serão exercidas interinamente pelo médico regulador, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente.

Art. 7º Ao médico regulador incumbe:

- I. Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;
 - II. Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação de Leitos da SES/GO;
 - III. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;
 - IV. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;
 - V. Acompanhar a admissão dos pacientes com vaga liberada via Central de Regulação de Leitos da SES/GO, a fim de verificar a compatibilidade do quadro clínico descrito com o real;
 - VI. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;
 - VII. Conferir documentação de solicitação de internação;
 - VIII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente
 - IX. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;
 - X. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas;
 - XI. Redistribuir os leitos institucionais no caso de mutirões, campanhas, superlotação e calamidade pública de acordo com orientações superiores devidamente documentadas;
 - XII. Comunicar ao chefe de Unidade de Regulação Assistencial problemas que venham a dificultar o processo de internação e alta;
 - XIII. Escanear as solicitações enviadas e recebidas na ausência do auxiliar administrativo e técnico de enfermagem.
- Art. 8º** Aos técnicos de enfermagem do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

- I. Monitorar os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;
- II. Conferência diária in loco (nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva - UTIs) do censo hospitalar com a situação física do leito;
- III. Analisar as solicitações de internação recebidas pela Central de Regulação de Leitos da SES/GO;
- IV. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;
- V. Enviar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação de Leitos da SES/GO, na ausência do auxiliar administrativo;
- VI. Realizar o censo físico diário no horário estabelecido;
- VII. Conferir documentação de solicitação de internação;
- VIII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;
- IX. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas em conjunto com a equipe assistencial na ausência do médico regulador ou enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- X. Escanear as solicitações enviadas e recebidas na ausência do auxiliar administrativo.

Art. 9 Ao médico Assistente Técnico do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

- I. Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;
- II. Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação de Leitos da SES/GO;

Parágrafo único – Considera-se médico assistente técnico o médico plantonista das unidades de internação e pronto atendimento.

Art. 10 Ao membro chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

- I. Seguir as atribuições das unidades assistenciais e serviços de apoio;
- II. Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas;
- III. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V. Auxiliar em atividades de auditoria ou demandas e/ou documentos oriundos de órgãos de controle, referentes à regulação de leitos ou à conduta dos profissionais que compõem o Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- VI. Solicitar parecer de outros profissionais ou chefias quando o grupo identificar a necessidade;
- VII. Sugerir melhorias no processo de trabalho para otimização das atividades do núcleo.
- VIII. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;
- IX. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;
- X. Sugerir melhorias no processo de trabalho para otimização das atividades do núcleo;
- XI. Indicar os novos membros do Núcleo Interno de Regulação - NIR.

Art. 11. Ao auxiliar administrativo do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

- I. Conferir documentação de solicitação de internação;
- II. Realizar controles de solicitações enviadas e recebidas;

- III. Organizar as solicitações enviadas e recebidas;
- IV. Escanear as solicitações enviadas e recebidas;
- V. Enviar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação de Leitos da SES/GO;
- VI. Checar dados cadastrais dos pacientes já matriculados na instituição;
- VII. Solicitar prontuário junto ao Serviço de Documentação Médica quando necessário;
- VIII. Realizar o arquivamento de toda documentação relacionada à regulação (Solicitações de internação, Memorandos, Atas, entre outros);
- IX. Receber e protocolar os documentos;
- X. Lavrar e assinar as atas de reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR, até 2 dias úteis após sua realização;
- XI. Convocar os membros para as reuniões ordinárias e extraordinárias, já com o envio da pauta pré-determinada pelo Chefe da Unidade de Regulação Assistencial, Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde ou Coordenador Médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- XII. Solicitar materiais de consumo;
- XIII. Manter a organização do serviço;
- XIV. Realizar outras funções determinadas pelo Chefe da Unidade de Regulação Assistencial, Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde ou Coordenador Médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, relacionadas ao serviço.

Parágrafo único – Na ausência do auxiliar administrativo, no início das reuniões, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

CAPÍTULO V

Funcionamento

Art. 12 O Núcleo Interno de Regulação - NIR atuará na regulação dos leitos do Hospital Estadual de Luziânia em todas as especialidades. São parâmetros essenciais para melhor utilização dos leitos:

- I. Critérios bem definidos de internação e alta;
- II. Protocolos clínicos assistenciais – permitirá definição do tipo de paciente que pertence a grade de referência contratada com a saúde pública;
- III. Internação hospitalar necessária, no leito apropriado (diagnóstico e complexidade) e por uma permanência adequada (a menor necessária para diagnóstico e terapêutica);
- IV. Agilidade nos resultados de exames e procedimentos necessários;
- V. Planejar a alta desde a internação (plano terapêutico);
- VI. Melhoria da qualidade da informação disponível - monitoramento de indicadores: de demanda, de movimentação de leitos, de eficiência, etc.;
- VII. Cuidado integrado do paciente;
- VIII. Os leitos serão readaptados em casos de epidemias para melhor satisfazer às necessidades da população.

1º Para a regulação dos leitos a equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR realizará visitas in loco, avaliação dos censos das unidades, para a elaboração do Mapa de Leitos da instituição. Este mapa de leitos será disponibilizado para a Central de Regulação de Leitos da SES/GO três vezes ao dia (manhã, tarde e noite), ou conforme pactuado;

2º Após reorganização interna e verificada a disponibilidade de leitos, as vagas serão reguladas de acordo com o que consta dentro da grade de referência e contratualização, desde que respeitada nossa capacidade operacional, salvo os casos regulados como VAGA ZERO.

Art. 13 São ferramentas para processo de trabalho que tem por objetivo contabilizar informações sobre o movimento de entrada e saída de pacientes no hospital:

- I. Normas internas;
- II. Procedimentos operacionais padrão – POP;

III. Protocolos clínicos assistenciais definidos pelas especialidades ou unidades assistenciais;

IV. Censo das unidades de internação elaborados pelos enfermeiros assistenciais;

V. Controle de solicitações recebidas;

VI. Mapa de leitos;

VII. Indicadores Hospitalares;

Art. 14 A rotina das reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR será a seguinte:

I. As reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão realizadas em caráter ordinário (mensalmente), na última sexta-feira, em local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência;

II. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Chefe de Unidade ou a pedido de qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR, de acordo com a urgência da matéria;

III. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo com 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;

IV. As reuniões serão conduzidas pelo Chefe da Unidade de Regulação Assistencial;

V. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR. A inclusão de itens na pauta deve ser realizada com no máximo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;

VI. O NIR em suas reuniões ordinárias ou extraordinárias, poderá solicitar a convocação de outros representantes de diversas áreas do Hospital com objetivo de discutir casos pontuais;

VII. A convocação para reunião do Núcleo Interno de Regulação - NIR será feita pelo Auxiliar Administrativo, com anuência do Chefe da Unidade de Regulação Assistencial, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação;

VIII. As reuniões serão realizadas com no mínimo metade, mais um, dos membros efetivos do Núcleo Interno de Regulação - NIR, ficando as resoluções na dependência da presença deste número de membros;

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

X. Os membros da comissão que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão notificadas e constará registro em seu assentamento funcional.

Parágrafo único – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, o Núcleo Interno de Regulação - NIR por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Capítulo VI

Disposições gerais

Art. 15 A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência das atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR, a equipe de governança do Hospital Estadual de Luziânia proporcionará a infraestrutura necessária para o desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 16 O Núcleo Interno de Regulação - NIR, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 17 Os membros poderão requerer, a qualquer tempo, que o chefe do setor de regulação e avaliação, chefe da unidade assistencial e coordenador médico solicitem o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas para solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 18 Os casos omissos referentes à matéria do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão resolvidos pelo próprio núcleo, em conjunto com a Diretoria do Hospital Estadual de Luziânia.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criação o Núcleo Interno de Regulação	X										
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar plano de ações	X	X										
Treinamento/Capacitação dos colaboradores quanto à Regulação no Hospital Estadual de Luziânia		X	X									
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião do Núcleo Interno de Regulação:**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros do Núcleo (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário do Núcleo, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL
BIOLÓGICO (CAMB) (membros e finalidade)

Membros:

A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) constitui um grupo técnico, formado por profissionais de níveis superior e médio da área da saúde e segurança do trabalho. É de caráter obrigatório em instituições hospitalares e pré-hospitalares e atende a Norma Regulamentadora 32 (NR 32) do Ministério do Trabalho e Emprego e a Portaria nº 1748, de 30 de agosto de 2011, que dispõe sobre o Plano de Riscos de Acidente com materiais Perfurocortantes.

Deverá ser composta pelos seguintes membros:

- I – Um representante do setor de recursos humanos;
- II- Um representante do SESMT;
- III- Um representante da CIPA;
- IV- Um representante da Comissão de Segurança do Paciente ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- VI – Um representante da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Finalidade:

A CAMB tem o objetivo geral de reduzir os riscos de acidentes com insumos biológicos dentro das instituições de saúde, propor adequações estruturais e tecnológicas, garantir a disponibilidade de equipamentos de proteção individual e coletiva e promover capacitação profissional sobre essa temática.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno:

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º Os objetivos deste regimento visam a padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Acidentes com Material Biológico, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Acidentes com Material Biológico junto à Administração e ao Corpo Clínico.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2º Reduzir os riscos de acidentes com insumos biológicos dentro das instituições de saúde, propor adequações estruturais e tecnológicas, garantir a disponibilidade de equipamentos de proteção individual e coletiva e promover capacitação profissional no tema.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A Comissão será composta por membros do quadro funcional da Instituição de Saúde, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral, sendo norteadada pelo Regimento Interno da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB).

Art. 4º A CAMB deverá ser composta pelos seguintes membros:

- I – Um representante do setor de recursos humanos;
- II- Um representante do SESMT;
- III- Um representante da CIPA;
- IV- Um representante da Comissão de Segurança do Paciente ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

VI – Um representante da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

DA CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 5º A CAMB deverá ser presidida pelo representante da SESMT, sendo de sua responsabilidade dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão. Dentre suas atribuições, destacam-se:

- I- Conduzir a instalação da Comissão e presidir as reuniões;
- II- Proceder à convocação das reuniões da Comissão;
- III- Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- IV- Participar ativamente nas discussões e votações, tendo o voto de desempate, quando necessário;
- V- Indicar, dentre os membros da Comissão, os relatores dos expedientes;
- VI- Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
- VII- Elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e "ad referendum" desta, nos casos manifesta urgência;

Art. 6º É de responsabilidade do vice-presidente da CAMB:

- I – Substituir o Presidente da Comissão sempre que se fizer necessário.

Art. 7º É de responsabilidade do (a) Secretário (a) da Comissão:

- I – Participar das reuniões;
- II- Elaborar o expediente da Comissão;
- III- Encaminhar aos demais membros o expediente da Comissão;
- IV- Fazer o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos a serem discutidos nas reuniões da Comissão;
- V- Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VI- Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;]

VII – Elaborar relatório trimestral das atividades da Comissão;

VIII- Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

IX- Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

X- Distribuir aos membros da comissão a pauta das reuniões.

Art. 8º São obrigações dos membros da CAMB:

I – Participar das reuniões, relatando os expedientes manifestando pareceres ou votos a respeito das matérias em discussão;

II – Estudar e relatar as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente, obedecendo aos prazos estabelecidos;

III- Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV – Desempenhar atribuições designadas pelo Presidente;

V – Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) deverá funcionar com apoio do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e caberá a Direção da Instituição constituir formalmente CAMB através de ato próprio e propiciar a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização.

Art. 10º Deverá ainda a Direção da Instituição garantir a participação do Presidente da CAMB nos órgãos colegiados, deliberativos e formuladores da política da Instituição.

Art. 11º A CAMB terá obrigatoriedade de manter reuniões periódicas, que serão registradas em atas e os registros devem indicar com clareza a existência de um programa de

ação para o controle de acidentes biológicos e treinamento de colaboradores sobre biossegurança.

Art. 12º Ocorrerá pela Instituição de Saúde, com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades por meio de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação aos demais colaboradores.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º O mandato dos membros da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) encerrar-se-á quando houver mudança da Diretoria Geral da Instituição ou, antecipadamente, se houver motivo que justifique a cessação.

Art. 14º Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à Direção Geral da Instituição de Saúde, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

CAPÍTULO VIII

INDICADORES

Art. 15º Para cálculo do percentual de acidentes com material biológico utiliza-se a seguinte fórmula: número de profissionais expostos ao risco multiplicado por 100 (cem), dividido pelo número de acidentes ocorridos em um determinado período de tempo.

Art. 16º Para análise de abrangência do programa de treinamento de prevenção de acidentes com material biológico, utilizar-se-á a seguinte fórmula para cálculo: número de profissionais existentes multiplicados por 100 (cem), dividido pelo número de profissionais que compareceram ao treinamento em um determinado período de tempo.

Art. 17º A CAMB poderá adotar, quando julgar necessário, outros indicadores para análise de programa de prevenção de acidentes.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DO Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar o programa de palestras	X	X										
Realizar treinamento sobre acidentes com material biológico			X	X				X			X	
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB):**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E
INFANTIL (membros e finalidade)****Finalidade:**

O Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil deve ser constituído em atendimento a determinação da Portaria Interministerial MEC/ N°2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatório a existência da Comitê e Investigação do Óbito Materno e Infantil para as instituições de saúde, que possuam maternidade. Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM n° 2.171/2017 que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis, Portaria N° 1.119, de 5 de junho de 2008, do Ministério da Saúde, que regulamenta a Vigilância de óbitos Maternos e a Portaria N° 72, de 11 de janeiro de 2010, do Ministério da Saúde, que torna obrigatória a Vigilância do Óbitos Infantil e Fetal, pelo corpo clínico Hospital Estadual de Luziânia.

Atuação do Comitê é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões do Comitê e motivadas pelo Presidente em exercício do Comitê.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto ao hospital, o Comitê, 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, o Comitê poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

As ações do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados aos óbitos ocorridos na unidade de saúde;

II. Analisar questões éticas e legais relacionadas ao atendimento aos pacientes que evoluíram a óbito;

- III. Contribuir para a identificação de questões relacionadas à mortalidade da região;
- IV. Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a população da região.
- V. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

Através da avaliação dos óbitos, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam o Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo estes:

- A. - N° de Declarações de Óbitos preenchidas corretamente.
- B. - N° de Declarações de Óbitos canceladas.
- C. - N° de Declaração de Óbitos extraviadas.

Membros:

O Comitê será composto por membros do quadro funcional do Hospital Estadual de Luziânia, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral e será norteadada pelo Regimento Interno do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil.

O Comitê deverá ser composta por no mínimo 4 (quatro) membros, sendo 2 (dois) representantes médicos, enfermeiro e assistente social.

Caso o Comitê seja formado por mais de 4 (quatro) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos. Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor o Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, sendo 1 (um) representante por profissão. O presidente do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil será obrigatoriamente médico. A comitê será composta por um representante de cada unidade existente no serviço:

- I. Representante do Serviço de Medicina Fetal e Gestação de Alto Risco;

- II. Representante da Unidade de Neonatologia
- III. Representante da Unidade Ginecologia e Obstetria;
- IV. Representante da Unidade do Alojamento Conjunto



REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer o Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, junto à administração e ao corpo clínico.

Artigo 2º - A atuação do Comitê de Investigação Materno Infantil é técnico-científica, sigilosa, não coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa.

Artigo 3º - É considerado óbito fetal a morte de um produto da concepção antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe (a partir de 22 semanas de gestação ou 500 gramas de peso ao nascer) (MS, 2009). O óbito fetal é indicado pelo fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Artigo 4º - É considerado óbito infantil a morte de uma criança no primeiro ano de vida (MS, 2009). O óbito infantil se subdivide em:

I- óbito neonatal, que ocorre nos primeiros 28 dias de vida (zero a 27 dias);

II- Neonatal precoce (zero a seis dias de vida);

III- neonatal tardio (sete a 27 dias de vida);

IV - óbito pós-neonatal, que ocorre após os 28 dias de vida;

Artigo 5º - Óbito Materno é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada Morte Materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (MS, 2009).

Artigo 6º - O instrumento para notificação compulsória e também para embasamento das investigações é a Declaração de Óbito (DO), que deve ser preenchida conforme a portaria nº

474, de 31 de agosto de 2000, da Fundação Nacional de Saúde, que regulamenta o Sistema de Informações sobre mortalidade - SIM.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Artigo 7º- Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos:

Artigo 8º - É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica Hospital Estadual de Luziânia.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 9º - A composição mínima do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil deverá ser de dois membros médicos, um enfermeiro e um assistente social podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade.

Artigo 10º - Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil na unidade de saúde:

- I. Representante do Serviço de Medicina Fetal e Gestação de Alto Risco;
- II. Representante da Unidade de Neonatologia
- III. Representante da Unidade Ginecologia e Obstetrícia;
- IV. Representante da Unidade do Alojamento Conjunto;

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 11º Ao presidente do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil, além das outras instituídas neste regimento, compete:

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

Artigo 12º - Ao vice-presidente do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;
- II. Zelar pelo sigilo ético das informações.

Artigo 13º - O Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil compete:

- I. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pelo Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- II. Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;
- III. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

- IV. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
- V. Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações da Comitê de Investigação de Óbitos Materno e infantil;
- VI. Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil;
- VII. Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de óbitos;
- VIII. Zelar pelo sigilo ético das informações.
- IX. 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.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 14º. O Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil do Hospital Estadual de Luziânia será presidida por um médico, nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Geral.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 15º. São atribuições de todos os membros da Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil.

- I. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 16º. São atribuições da Secretaria do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil:

- I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

- II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- III. Convocar os membros do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil para as reuniões determinadas pelo presidente;
- IV. Organizar e manter o arquivo da Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil;
- V. Preparar a correspondência;
- VI. Solicitar ao SAME todos os prontuários que serão
- VII. avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 17º- As reuniões do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 18º- As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário, presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 19º- As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 20º- O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 21º- O presidente do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil.

Artigo 22º- As decisões do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 23º- Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será

designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Artigo 24º- Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 25º- As reuniões do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil deverão ser registra- das em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Luziânia, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 26º- O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 27º- Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil, em conjunto com a Diretoria Geral Hospital Estadual de Luziânia.

Artigo 28º- Os assuntos tratados pela Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 29º- Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 30º- Nenhum membro do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil, com exceção do Presidente, pode falar em nome do Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comitê de Investigação de Óbitos Materno e Infantil.

Artigo 31º- A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 32º- Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DO Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar o programa de palestras	X	X										
Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% dos óbitos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-



**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE
ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES CIHDOTT (membros e finalidade)****Membros:**

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT é uma Comissão Intra-Hospitalar constituída por equipe multiprofissional da área de saúde, que tem por finalidade organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, conforme a Portaria nº 2600/GM/MS/2009.

Almeja-se com essa comissão, uma melhor organização do processo de captação de órgãos, melhor identificação dos potenciais doadores, mais adequada abordagem de seus familiares, melhor articulação do Hospital com respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO e viabilizar uma ampliação qualitativa e quantitativa na captação de órgãos conforme a legislação vigente, para fins de transplantes de órgãos e tecidos, nas dependências do Hospital Estadual de Luziânia.

A CIHDOTT será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo de profissionais de saúde da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, cuja formação profissional seja de médico (a) ou enfermeiro (a) com experiência e/ou formação em transplantes, sendo designados por portaria da Diretoria Geral.

A composição da CIHDOTT deve ser multiprofissional, obrigatoriamente devendo ser composta no mínimo: médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo.

Finalidade:

- Articular-se com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado ou Distrito Federal (CNCDO), notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos.

- Organizar, no âmbito no Hospital Estadual de Luziânia, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de captação e doação de órgãos e tecidos;

- Promover programa de educação continuada de todos os profissionais do Hospital Estadual de Luziânia para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos.



REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno:****CAPÍTULO I****Da Composição**

Art. 1º A CIHDOTT tem como objetivos permitir uma melhor organização do processo de captação de órgãos, melhor identificação dos potenciais doadores, mais adequada abordagem de seus familiares, melhor articulação do Hospital com a respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, e viabilizar uma ampliação qualitativa e quantitativa na captação de órgãos.

CAPÍTULO II**Da Composição**

Art. 2º A CIHDOTT será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo de profissionais de saúde da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, cuja formação profissional seja de médico (a) ou enfermeiro (a) com experiência e/ou formação em transplantes, sendo designados por portaria da Diretoria Geral.

§ 1.º O Coordenador da CIHDOTT deverá possuir carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente à referida Comissão.

§ 2.º A composição da CIHDOTT deve ser multiprofissional, obrigatoriamente devendo ser composta no mínimo: médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo.

CAPÍTULO III**Das Atribuições dos membros da CIHDOTT**

Art. 3º São atribuições da CIHDOTT:

- I. Organizar o protocolo assistencial de doação de órgãos;

- II. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;
- III. Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;
- IV. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica (ME), visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;
- V. Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema;
- VI. Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não doação;
- VII. Manter o registro do número de óbitos ocorridos na instituição;
- VIII. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;
- IX. Articular-se com os respectivos Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;
- X. Articular-se com Central Estadual de Transplantes (CET), Organização de Procura de Óbitos (OPO) e/ou bancos de tecidos, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;
- XI. Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CET cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de diagnóstico de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;

XII. Orientar e capacitar o setor responsável pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;

XIII. Responsabilizar-se pela educação permanente dos colaboradores do Hospital Estadual de Luziânia sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIV. Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizadas;

XV. Apresentar mensalmente os relatórios à Central Estadual de Transplantes (CET);

XVI. Acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, inclusive, os registros de seguimento de doadores vivos;

XVII. Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XVIII. Registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata do Processo Doação/Transplante.

CAPÍTULO IV

Das atribuições do Coordenador da CIHDOTT

Art. 4º Ao Coordenador incumbe atuar como membro, dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CIHDOTT e, especificamente:

I. Representar a CIHDOTT em suas relações internas e externas;

II. Instalar a CIHDOTT e presidir suas reuniões;

III. Promover a convocação das reuniões;

IV. Tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de qualidade;

- V. Designar dentre os membros da CIHDOTT, os relatores dos expedientes;
 - VI. Designar profissionais para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão;
 - VII. Articular-se com a Central Estadual de Transplantes;
 - VIII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.
- Art. 5.º** Aos membros da CIHDOTT incumbe:
- I. Realizar busca ativa de potenciais doadores de órgãos e tecidos;
 - II. Acompanhar a realização do Protocolo de Morte Encefálica (PME), garantido o cumprimento da legislação vigente;
 - III. Realizar o acolhimento dos familiares antes, durante e após a conclusão do Protocolo de Morte Encefálica;
 - IV. Preencher o Alerta Doador nas situações de suspeita de morte encefálica e óbito coração parado;
 - V. Realizar a entrevista para doação de órgãos e tecidos para transplantes, nos pacientes elegíveis para doação;
 - VI. Preencher e aplicar o Termo para Remoção de Órgãos e Tecidos para Transplantes, coletando a assinatura dos familiares e realizando a cópia dos documentos de identificação dos autorizadores e do doador;
 - VII. Acionar a Central Estadual de Transplantes nas situações de suspeitas de Morte Encefálica e na doação de córneas;
 - VIII. Registrar em prontuário as atividades desenvolvidas no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes;
 - IX. Preencher a Autorização de Internação Hospitalar nas doações de órgãos e tecidos;
 - X. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIHDOTT;
 - XI. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas pelas CIHDOTT;

XII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

CAPÍTULO V

Da rotina administrativa da Comissão

Art. 6º A CIHDOTT deverá enviar à CET os documentos referentes ao paciente com morte encefálica, independentemente de serem doadores, em até 48 horas após o óbito;

Art. 7º. A CIHDOTT deverá confeccionar e manter fielmente atualizadas, planilhas de Notificação de Morte Encefálica, onde devem constar dados como data da constatação, nome do paciente, número de prontuário, idade, procedência (nome do hospital), diagnóstico; se houve confirmação da ME, se houve entrevista familiar, órgãos retirados, motivos da não doação, local da necropsia, coordenador da sala cirúrgica e nº da Autorização de Internação Hospitalar.

Art. 8º. A CIHDOTT deverá arquivar no prontuário do paciente o protocolo de morte encefálica original e manter cópia nos arquivos da CIHDOTT para fins de pesquisa e auditoria.

Art. 9º. No caso de doações efetivadas devem ficar arquivados os seguintes documentos:

- I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
- II. Termo de Autorização para Doação de Órgãos e tecidos;
- III. Cópia de documento de identificação do doador e dos autorizadores;
- IV. Exames e provas sorológicas;
- V. Laudo e foto do exame complementar;
- VI. Laudo de AIH;
- VII. Evolução do membro da CIHDOTT.

Art. 10º. No caso de constatação de ME apenas, arquivar no mínimo os seguintes documentos:

- I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
- II. Exames e provas sorológicas;

- III. Laudo e foto do exame complementar;
- IV. Evolução da CIHDOTT com motivo da não retirada.

Art. 11º. A CIHDOTT deverá organizar arquivos de:

- I. Atas e Regime Interno;
- II. Correspondências recebidas e emitidas;
- III. Estatística atualizada com planilhas contendo notificação/remoção com dados dos pacientes, cirurgião de retirada de órgãos, coordenador de sala, etc;
- IV. Controle e estatística do programa de captação de córneas;
- V. Relatório Mensal de Óbitos do Hospital;
- VI. Material didático sobre doação de órgãos;
- VII. Campanhas e eventos;
- VIII. Leis e portarias;
- IX. Revistas assuntos pertinentes e artigos científicos sobre o assunto;
- X. Folhetos com material de divulgação/esclarecimento sobre doação de órgãos de diversas instituições (pelo menos um modelo de cada);
- XI. Mailing;
- XII. Certificados de participação em cursos, seminários, palestras, etc. dos componentes da CIHDOTT;

CAPÍTULO VI

Das Disposições Gerais

Art. 12º. A Diretoria Geral poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos componentes da CIHDOTT bem como do Coordenador.

Art. 13º. A CIHDOTT se reunirá de forma ordinária, mensalmente em dia, local e horário pré estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros. Em cada reunião deverá ser redigida ata com a devida assinatura dos participantes, que será arquivada em local apropriado.

§ 1.º A reunião da CIHDOTT instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 50% mais um dos seus membros.

§ 2.º No caso de o "quórum" ser insuficiente, a reunião será suspensa após quinze minutos do horário programado para início.

§ 3.º As decisões da CIHDOTT serão tomadas por maioria simples dos presentes.

§ 4.º Cada membro terá direito a um voto.

§ 5.º O Coordenador da CIHDOTT terá o voto de qualidade.

§ 6.º A votação será nominal e aberta.

§ 7.º As deliberações tomadas pelo Coordenador "ad referendum" deverão ser encaminhadas a CIHDOTT para deliberação desta, na primeira reunião seguinte.

§ 8.º É facultado ao Coordenador e aos membros da CIHDOTT solicitar o reexame de qualquer resolução exarada em reuniões anteriores, justificando possível ilegalidade, incorreção, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 9.º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer um de seus membros.

Art. 14.º. O integrante da CIHDOTT que, sem motivo justificado, por escrito, deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas ou a três intercaladas no ano civil, será desligado da comissão:

Parágrafo único: Cabe ao Coordenador da CIHDOTT enviar ofício à Diretoria Geral informando a necessidade de substituição do profissional e indicação de novo membro para nomeação.

Art. 15.º. A CIHDOTT poderá a qualquer tempo e por motivo justificado propor à Diretoria Geral, a substituição do Coordenador, por maioria absoluta dos membros.

Art. 16.º. O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CIHDOTT, através da maioria absoluta de seus membros, submetida à Diretoria Geral.

Art. 17.º. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador da CIHDOTT.

Art. 18º. O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário



TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DO Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criação a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante	X										
Aprovação do Regimento Interno	X											
Logística de remoção/estratégias de captação de órgãos.	X	X										
Realizar treinamento sobre captação.			X	X				X			X	
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 -

2-

3-



PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMITÊ DE COMPLIANCE (membros e finalidade)**Membros:**

A Composição mínima do Comitê de Compliance deverá ser de três membros, sendo um Compliance officer, um membro da Diretoria Administrativa e um membro da Diretoria Técnica, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade do Hospital Estadual de Luziânia.

A Lei do Estado de Goiás de nº 18762/2014, também conhecida como Lei Anticorrupção e decretos subsequentes sobre o tema, tornou fundamental a criação em todas os órgãos de um Programa de Ética e Comitê de Compliance.

Finalidade:

No caso do Hospital Estadual de Luziânia, tal Comitê atuará de forma a ser um Comitê educativo, procedendo com orientações e retirando dúvidas, além de monitorar necessidade de eventual medida coercitiva e até mesmo punitiva, em caso de prática ilegais ou antiéticas no exercício das atividades.

Tal Comitê tem como finalidade ainda, receber e analisar os casos de denúncia, os procedimentos e condutas, bem como instaurar os procedimentos de investigação e as medidas disciplinadoras quando cabíveis.

É um órgão de assessoria independente e ligado ao Jurídico e Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia.

PROGRAMA DE COMPLIANCE**Conceitos Gerais**

A adoção da função de Compliance contribui para a prevenção e mitigação de exposições a riscos regulatórios (locais e internacionais) e de conduta e danos à imagem da Instituição, por meio de medidas internas que disciplinam as suas atividades. Compliance

transcende a ideia de "estar em conformidade" às leis, regulamentações e autorregulações, abrangendo aspectos de governança, conduta, transparência e temas como ética e integridade.

Além da atuação preventiva e detectiva, Compliance cada vez mais tem se tornado uma atividade também consultiva, dando suporte aos objetivos estratégicos e fazendo parte da missão, visão, valores, cultura e gerenciamento de riscos das instituições.

Risco de Compliance

É o risco de sanções legais ou regulatórias, perdas financeiras ou danos reputacionais, bem como de medidas administrativas ou criminais decorrentes da falta de cumprimento de disposições legais e regulamentares, normas de mercado local e internacional ou decorrentes de compromissos assumidos por meio de códigos de autorregulação, padrões técnicos ou códigos de conduta.

Responsabilidades Gerais Relacionadas à Atividade de Compliance

A Alta Administração deve estabelecer as diretrizes da atividade de Compliance na Instituição e disponibilizar os recursos necessários, além de disseminar a cultura de Compliance pelo exemplo (tone at the top).

A estrutura de Compliance pode ser estabelecida por meio da adoção de linhas de defesa, para atribuição de papéis e responsabilidades, assegurando independência e a adequada segregação de funções.

O profissional de Compliance deve fornecer à Alta Administração informações sobre o gerenciamento do risco de Compliance, mas cabe destacar que cada colaborador, independentemente do nível hierárquico ou do tipo de contrato de trabalho ou serviço que presta à Instituição, deve estar comprometido com a prática e a disseminação da cultura de Compliance.

As responsabilidades estão detalhadas ao longo deste documento.

Programa de Compliance

O Programa de Compliance é composto de políticas, procedimentos e planejamento de atividades que visam fortalecer as Instituições direcionando as ações para a condução dos negócios de forma adequada, em relação ao cumprimento das leis e

regulamentações, questões de ética e conduta, aspectos concorrenciais e socioambientais, contratos com terceiros, normas contábeis, entre outros.

Para construção de um programa efetivo, devem-se considerar as boas práticas disponíveis globalmente e adequá-las ao porte, à complexidade, à estrutura, ao perfil de risco, ao modelo de negócio e à base legal e regulatória a que a Instituição está submetida.

A estrutura da área de Compliance bem como suas responsabilidades devem estar aderentes às exigências legais e regulamentares aplicáveis nas jurisdições em que a Instituição opera.

O Programa de Compliance deve definir processos que abrangem a identificação, mensuração e priorização, resposta ao risco, monitoramento e reporte dos riscos, levando em consideração a Abordagem Baseada em Risco e o modelo de Linhas de Defesa que serão tratados na sequência, assim como a gestão integrada com os demais riscos a que a Instituição esteja sujeita.

O estabelecimento de um Programa de Compliance efetivo e perene pode gerar muitos benefícios, mantendo a Instituição protegida em um ambiente de negócios complexo, repleto de mudanças regulatórias, e gerando confiança em seus stakeholders.

Linhas de Defesa

O engajamento de toda a Instituição na atividade de Compliance, estabelecendo a adequada segregação de funções e independência das áreas, pode ser alcançado por meio da adoção do modelo de Linhas de Defesa.

Cada uma dessas "linhas" desempenha um papel distinto dentro da estrutura de governança da Instituição, atuando de forma interdependente. Essa estruturação é aplicável a qualquer Instituição, não importando seu tamanho ou complexidade.

1ª Linha de Defesa: Atividades de Negócios e Operacionais Os gestores de negócio, de suporte e operacionais devem ser os responsáveis primários por identificar, avaliar, tratar, controlar e reportar os riscos de suas áreas, de forma alinhada às diretrizes internas, regulamentações, políticas e procedimentos aplicáveis.

2ª Linha de Defesa: Atividades de Compliance, Controles Internos e Gerenciamento de Riscos Essas unidades corporativas devem ser independentes da gestão das linhas de negócio (Linha de Defesa) e atuar como facilitadoras na implementação de práticas

eficazes de gerenciamento de riscos e metodologia de Controles Internos e Compliance, bem como dar suporte às áreas de negócios e operacionais de forma consultiva.

São responsáveis também por testar e avaliar a aderência à regulamentação, políticas e procedimentos, mantendo padrões de integridade alinhados aos princípios, diretrizes e apetite ao risco adotados pela Instituição e reportando sistemática e tempestivamente à Alta Administração os resultados de suas análises em relação à conformidade.

Para serem efetivas, essas funções devem ter autoridade, recursos e acesso à Alta Administração da Instituição.

3ª Linha de Defesa: Auditoria Interna A Auditoria Interna tem o papel de fornecer aos órgãos de governança e à Alta Administração avaliações abrangentes, independentes e objetivas relativas aos riscos da Instituição.

A independência da atuação desta linha permite que esta revise de modo sistemático a eficácia das duas primeiras linhas de defesa, contribuindo para o seu aprimoramento.

PRINCÍPIOS DE COMPLIANCE E RESPONSABILIDADES

Em relação às Responsabilidades do Comitê de Compliance, é responsável por acompanhar o gerenciamento do risco de Compliance na unidade, devendo:

- Aprovar a Política de Compliance, de acordo com regulamentação vigente;
- Assegurar a adequada gestão da Política de Compliance da Instituição;
- Efetividade e continuidade da aplicação da Política de Compliance;
- Comunicação da Política de Compliance a todos os colaboradores, fornecedores e prestadores de serviços;
- Disseminação de padrões de integridade e conduta ética como parte da cultura da Instituição;
- Garantir que a Alta Administração, com apoio da função de Compliance, implemente medidas corretivas para não conformidades identificadas;

- Prover os meios necessários para que as atividades relacionadas à função de Compliance sejam exercidas adequadamente, incluindo pessoas em quantidade, capacitação e experiência suficientes;
- Avaliar, pelo menos anualmente, a efetividade do gerenciamento do risco de Compliance.

A Diretoria do Hospital Estadual de Luziânia é responsável por:

- gerenciar efetivamente o risco de Compliance;
- implantar e divulgar a Política de Compliance, bem como assegurar sua observância;
- estabelecer área de Compliance permanente, efetiva, independente, com acesso a qualquer informação ou área da Instituição e com recursos adequados;
- adotar medidas corretivas para tratamento de não conformidades identificadas;
- reportar tempestivamente ao Comitê de Compliance falhas relevantes de Compliance que possam gerar riscos legais, sanções regulatórias, perdas financeiras ou de reputação relevantes.

A Diretoria deve ainda, no mínimo anualmente, com o suporte da função de Compliance:

- avaliar os principais riscos de Compliance e respectivos planos de ação;
- informar ao Comitê sobre a efetividade do gerenciamento do risco de Compliance.

Ações de Compliance

A função de Compliance deve ser baseada nas seguintes ações:

- Independência no exercício de suas funções, que pressupõe
 - (i) a formalização de suas responsabilidades;
 - (ii) a existência de um gestor responsável para condução dos trabalhos de gerenciamento dos riscos de Compliance;
 - (iii) a ausência de conflito de interesses e
 - (iv) o acesso a qualquer informação, colaborador ou administrador da Instituição;

POLÍTICA DE COMPLIANCE

O IBGC na gestão do Hospital Estadual de Luziânia, elaborará e manterá Política de Compliance compatível com a natureza, porte, complexidade, estrutura, perfil de risco e modelo de negócio, a qual deve ser aprovada pelo Comitê de Compliance e Diretorias, estabelecendo, no mínimo:

- objetivo e escopo das atribuições de Compliance;
- diretrizes a serem seguidas por todos os administradores, colaboradores e terceiros e principais processos utilizados para identificação e gestão dos riscos de Compliance por todos os níveis da Instituição;
- definição clara de responsabilidades, de modo a evitar possíveis conflitos de interesses;
- alocação adequada de pessoal (quantidade, capacitação e experiência);
- posição na estrutura organizacional;
- garantia de independência e autoridade dos responsáveis;
- alocação de recursos adequados para desempenho das atividades;
- livre acesso às informações necessárias para o exercício das atribuições;
- canais de comunicação com a alta gestão para reporte das atividades e das não conformidades identificadas;
- processos de coordenação com as demais áreas de Gestão de Riscos, Controles Internos e Auditoria Interna da Instituição.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno:

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

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

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

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

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

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

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

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

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

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

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

- I- Assumir as atividades do presidente na sua ausência;
- II- Zelar pelo sigilo das informações.

Art. 8º Ao Comitê de Compliance compete:

- I – Emitir parecer catécnico ou relatório quando solicitado pelo Comitê de Compliance;
- II- Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;
- III- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias;
- IV- Desenvolver atividades de disseminação do Programa de Compliance à todos os colaboradores e Parceiros do Instituto;
- V- Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações do Programa de Compliance e do Comitê de Compliance.

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

VII- Avaliar e tratar todas as denúncias de Compliance;

VIII- Zelar pelo sigilo ético das informações.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º O Comitê de Compliance do Hospital Estadual de Luziânia será presidido pelo Compliance Officer que será nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Geral.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

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

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

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

I- Lavrar a ata das sessões/reuniões;

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

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

IV – Receber e protocolar os processos e expedientes;

V- Preparar a correspondência.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

Art. 16º O presidente do Comitê de Compliance, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Comitê de Compliance.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Criação do Comitê de Compliance pela Diretoria Geral	X										
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar programas de palestras	X	X										
Realizar análise de 100% das denúncias apresentadas			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar capacitação aos colaboradores sobre a temática Ética e Compliance			X	X								
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião do Comitê de Compliance**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros do Comitê (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário do Comitê, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS (membros e finalidade)**Membros:**

A Comissão de Cuidados Paliativos deverá ser composta por no mínimo 7 (sete) membros, sendo 2 (dois) representantes médicos, 2 (dois) enfermeiros, 1 (um) assistente social, (um) psicólogo e 1 (um) capelão.

Finalidades:

- Estabelecer e disseminar a "cultura" de Cuidados Paliativos e a discussão de paradigmas assistenciais;
- Criar diretrizes de avaliação e atendimento em Cuidados Paliativos focados nas necessidades físicas (controle de sintomas) e psicossociais, individualizando ações e prioridades em cada fase de evolução da doença, frisando seu caráter dinâmico;
- Planejar, orientar e instrumentalizar paciente, familiares e cuidadores, se houver indicação, sobre a desospitalização segura, manutenção dos cuidados em domicílio, atenção e orientação continuada;
- Criar um programa de formação e educação continuada em Cuidados Paliativos para os profissionais envolvidos;
- Estimular e orientar atividades de ensino e pesquisa na área de Cuidados Paliativos.



REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno:

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para o funcionamento da Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital Estadual de Luziânia, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Cuidados Paliativos junto à diretoria institucional, corpo clínico e comunidade hospitalar;

Parágrafo Único - Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, que afligem o paciente e sua família;

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Artigo 2º- A Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital Estadual de Luziânia, tem por finalidade definir as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito da instituição conforme prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único: Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Artigo 3º - Ao presidente da Comissão de Cuidados Paliativos, além das outras instituídas neste regimento, compete:

Artigo 4º - Presidir as reuniões ordinárias;

Artigo 5º - Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

Parágrafo único - Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e todas as normativas referentes a organização dos cuidados paliativos, além de:

I- Integrar os cuidados paliativos a toda rede de atenção do Hospital Estadual de Luziânia;

II- Promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes;

III - Incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar;

IV - Ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores do Hospital Estadual de Luziânia;

VI- Ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos;

VII Pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados.

Artigo 6º - À Comissão de Cuidados Paliativos compete:

I- Fomentar os princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos:

II- Estimular o início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença, seus sintomas e suas mazelas, no início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;

III - Promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores;

IV - Afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural;

V- Aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas;

VI - Promoção da qualidade de vida por meio da melhoria do curso da doença;

- VII- Integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- VIII- oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte;
- IX- Oferecimento de um sistema de apoio para auxiliar a família a lidar com a doença do paciente e o luto;
- X- Trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;
- XI Comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais;
- XII- respeito à autodeterminação do indivíduo;
- XIII- promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV);
- XIV esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV.

Artigo 7º — Estimular a oferta dos cuidados paliativos, quando cabível, a qualquer uma das especialidades clínicas atendidas no Hospital Estadual de Luziânia;

I - Atenção Ambulatorial: deverá ser capacitada para atender as demandas em cuidados;

II- Paliativos de pacientes que se encontram em atenção domiciliar;

II - Urgência e Emergência: os serviços prestarão cuidados no alívio dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa, de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis;

III- Atenção Hospitalar: voltada para o controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência.

Artigo 8º - Os especialistas em cuidados paliativos atuantes no Hospital Estadual de Luziânia serão referência e potenciais matriciadores dos demais serviços da instituição, podendo isso ser feito in loco ou por tecnologias de comunicação à distância.

Artigo 9º. O acesso aos medicamentos para tratamentos dos sintomas relacionados aos cuidados paliativos, notadamente opioides, deverá seguir as normas sanitárias vigentes, considerando a relação nacional de medicamentos essenciais (Rename) e observando as pactuações entre as instâncias de gestão do SUS.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 10º - As reuniões da Comissão de cuidados paliativos serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 11º - As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 12º As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários;

Artigo 13º - O presidente da Comissão de cuidados paliativos, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão na reunião de instalação e posse da comissão;

Artigo 14º - As decisões da Comissão de cuidados paliativos serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes;

Artigo 15º - Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia;

Artigo 16º - As reuniões da Comissão de cuidados paliativos, deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Luziânia, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 17º - O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 18º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de cuidados paliativos, em conjunto com a Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia;

Artigo 19º - Os assuntos tratados pela Comissão de cuidados paliativos, deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros;

Artigo 20º - Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano;

Artigo 21º - Nenhum membro da Comissão Cuidados Paliativos, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado;

Artigo 22º - A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 23º - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DA Comissão de Cuidados Paliativos											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação da Comissão de Cuidados Paliativos	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar programa de palestras	X	X										
Realizar treinamento - Palestra.		X		X		X		X		X		X
Normatizar o adequado registro das informações referentes ao quadro de cada paciente e conduta utilizada para cada situação clínica de cuidado paliativo			X	X								
Discutir as condutas e desfecho de todos dos casos relacionados a Cuidados Paliativos ocorridos no mês		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Cuidados Palliativos:**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE APOIO A DESOSPITALIZAÇÃO
SEGURA (membros e finalidade)

Membros:

A comissão deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo (dois) enfermeiros e 1 (um) assistente social. Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor sendo 1 (um) representante por profissão. O presidente da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura não define obrigatoriamente a qualificação profissional.

Finalidade:

- Realizar diagnóstico do perfil de pacientes da unidade de saúde, para identificar quais as características da população atendida;
- Identificar o tempo de permanência para internação considerado ideal para cada clínica/serviço, pois ele pode ser variável conforme a complexidade da assistência prestada por clínica;
- Traçar planos de ação anuais com metas, indicadores para monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, apresentação dos resultados e propor melhoria contínua.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**Regimento Interno:****CAPÍTULO I
DOS OBJETIVOS**

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Apoio a Desospitalização Segura.

**CAPÍTULO II
DAS FINALIDADES**

Artigo 2º - Promover diretrizes crucial o plano terapêutico que norteará as ações multidisciplinar que culminarão com a saída hospitalar.

Artigo 3º - Promover a melhor adesão a terapia proposta e redução de risco de reinternação precoce.

Artigo 4º - Avaliar o score de avaliações do paciente durante sua internação geram uma quantidade e qualidade de informações que devem ser tratadas, transformadas em ações e informadas ao paciente e seu familiar durante a alta hospitalar.

Artigo 5º - Promover a educação do paciente, familiar e cuidador elegível.

Artigo 6º - Paciente com risco de queda ou lesão por pressão dever receber orientações e informações por escritas de como mitigar esse risco em casa.

Artigo 7º - Orientar a reconciliação medicamentosa.

**CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO**

Artigo 8º - A composição mínima da Comissão desospitalização segura deverá ser membros, um médico, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade.

- Serviço Médico
- Serviço de Enfermagem;
- Serviço de Assistência Social;
- Serviço de Psicologia;
- Serviço de Fisioterapia;
- Serviço de Nutrição;

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Artigo 9º - Ao presidente da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- Presidir as reuniões ordinárias;
- Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- Encaminhar aos membros da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comissão de Apoio a Desospitalização para apreciação e aprovação;
- Representar Comissão de Apoio a Desospitalização Segura sempre que solicitado;
- Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;
- Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura previamente aprovados pelos membros desta;
- Fazer cumprir o regimento;
- Nas decisões da Comissão de Apoio a Desospitalização além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

- Indicar seu vice-presidente/coordenador;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Direção Geral, Direção Técnica ou outro serviço interessado;
- Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
- Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações da Comissão de Apoio a Desospitalização;
- Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da Comissão de Apoio a Desospitalização;
- Avaliar periodicamente os dados referentes à performance dos resultados da comissão;
- Zelar pelo sigilo ético das informações.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 10º- A Comissão de Apoio a Desospitalização do Hospital Estadual de Luziânia será presidida por um membro multidisciplinar, nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Geral.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 11º - São atribuições de todos os membros da Comissão de Apoio a Desospitalização:

- Desenvolver atividades de caráter técnico- científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 12º - São atribuições da Secretaria da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura:

- Receber e protocolar os processos e expedientes;
- Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- Convocar os membros da Comissão de Apoio a Desospitalização para as reuniões determinadas pelo presidente;
- Organizar e manter o arquivo da Comissão de Apoio a Desospitalização;
- Preparar a correspondência;

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 13º- As reuniões da Comissão de Apoio a Desospitalização serão realizadas semanalmente, com agendamento anual convocadas pelo Presidente. Com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 14º - As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 15º - As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 16º - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Artigo 17º - O presidente da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura; e assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Apoio a Desospitalização Segura.

Artigo 18º - As decisões da Comissão de Apoio a Desospitalização serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 19º - Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 20º - As reuniões da Comissão de Apoio a Desospitalização deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade Hospitalar e Diretorias do Hospital Estadual de Luziânia, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 21º - O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 22º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, em conjunto com a Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia;

Artigo 23º - Os assuntos tratados pela Comissão de Apoio a Desospitalização Segura deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 24º - Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 25º - Nenhum membro da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão de Apoio a Desospitalização Segura sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comissão de Apoio a Desospitalização Segura

Artigo 26º - A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 27º - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DA Comissão de Apoio a Desospitalização											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Comissão de Apoio a Desospitalização	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Definir os critérios relevantes da desospitalização segura		X		X		X		X		X		X
Elaborar normas para operacionalização da busca ativa e monitoramento dos pacientes para a desospitalização segura		X	X	X								
Realizar treinamento						X		X				
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA**ATA da XX Reunião da Comissão de Apoio a Desospitalização:**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, no Hospital Estadual de Luziânia, sito na Avenida Alfredo Nasser, sem número, Parque Estela Dalva VII, Luziânia-GO, CEP: 72820-200, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____ (D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____ (C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3-

AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE SUBJETIVA**ITEM: ACOLHIMENTO**

Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco

O que é acolhimento?

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde.

O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

O trabalhador que atua na recepção possui grande protagonismo no acesso do usuário ao sistema de saúde, pois, na maioria das vezes, é responsável pelo primeiro contato com o usuário.

A PNH os reconhece como agentes que fazem parte do processo de acolhimento, estratégia capaz de promover mudanças na organização do processo de trabalho, que visa garantir o acesso e a integralidade na atenção à saúde dos usuários do SUS.

O acolhimento abrange a recepção do usuário, responsabilizando-se por ouvir suas queixas e preocupações, angústias, impor os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde esperava consolidar suas diretrizes específicas como: o acolhimento, a gestão democrática, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. Buscando assim diminuir filas e tempo de espera, um atendimento acolhedor e resolutivo, implementação do modelo de atenção com responsabilização e vínculo, visando garantir eficácia tanto em relação ao usuário quanto ao trabalhador da área.

Nesse contexto de humanização, a capacitação profissional pode ser avaliada como um processo organizado de educação, ao qual as pessoas enriquecem seus conhecimentos, amplia suas capacidades e melhoram suas aptidões no desenvolvimento profissional.

Sendo as estratégias traçadas para alcançar uma assistência humanizada no primeiro atendimento feito pela recepção, é de grande êxito e com melhora significativa para pacientes que ali chegam para ser atendido, fazendo com que os mesmos se sintam acolhidos com singelos gestos de atenção no primeiro atendimento.

O ATO DO RECEPCIONAR E AS FORMAS DE NOTIFICAR NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

Quando a pessoa procura um hospital, o faz obviamente por necessitar de cuidados. Nesse sentido, a atenção e a orientação são fundamentais por parte da equipe, que deve sempre ter em mente humanizar a sua relação com o paciente de modo a lhe passar segurança, confiança e sensação de acolhida. Não só a ele, mas também aos seus familiares, na maior parte das vezes, tão fragilizados e inseguros quanto o próprio paciente.

O local onde se estabelece o primeiro vínculo no Hospital Estadual de Luziânia é na recepção. Assim, os colaboradores lotados neste local, devem estar aptos ao processo de ouvir com atenção e acolhimento, olhar para a pessoa (sempre diretamente), demonstrando interesse no seu relato ou questionamento.

É natural que em uma recepção, onde o fluxo de pessoas é alto, a correria da rotina cotidianamente, acabe por fazer com que o profissional seja acelerado e queira resolver tudo. Todavia, é fundamental que o mesmo pare, e se empenhe em estabelecer vínculo com o paciente, passando-lhe sensação de acolhida e confiança.

Nesse cenário de humanização e acolhimento, o instrumento essencial é a comunicação.

Para entender a importância da comunicação na área hospitalar, em especial da comunicação como aliada dos processos de humanização, é preciso perceber que a comunicação está ligada a tudo, fortalecendo ou prejudicando o relacionamento que estabelecemos com o mundo, a partir do momento em que abrimos os olhos.

Sendo assim, qualquer indivíduo, desde antes mesmo de seu nascimento, se comunica – se expressa – de alguma forma. E quando nos expressamos, nossa premissa é de que queremos ser ouvidos, ou percebidos.

São inúmeros os provérbios populares nos mostram a importância do ouvir, a importância de nos livrarmos de conceitos pré-concebidos para poder avaliar uma questão a partir de um novo ponto de vista – e que apontam a comunicação como o principal pilar em que se alicerçam os relacionamentos humanos.

Vale destacar que há comunicação em tudo, partindo das palavras ditas e escritas, mas avançando para o espectro dos olhares, das posturas, dos gestos, dos movimentos. A partir da definição prévia de que tudo é comunicação, podemos articular um silogismo simples e assumir que, portanto, humanização é comunicação.

Diante de tudo isso o Hospital Estadual de Luziânia, como mencionado anteriormente, estará atento em treinar e potencializar o desenvolvimento de habilidades de acolhimento e comunicação à sua equipe, de forma a garantir que o colaborador na recepção consiga entregar, o que dele é esperado.

O serviço de recepção terá como papel principal acolher pacientes, familiares e acompanhantes e indicar a próxima etapa do fluxo de atendimento/ acolhimento, informando com clareza quais os próximos passos deverão ser seguidos.

- Necessidade de estar atento a situações especiais

Em casos em que o profissional da recepção se deparar com pacientes, familiares e acompanhantes com necessidades especiais e surja situação em que o profissional não saiba como proceder especificamente, deverá imediatamente se reportar a equipe multiprofissional, de modo a lhe auxiliar na resolução da demanda, mas sobretudo garantir aos usuários, segurança e bem estar.

Fundamental que todos os colaboradores, além de capacitados, estejam empenhados no processo, de modo que saibam orientar os pacientes adequadamente e transmitir a serenidade necessária que o usuário precisa no estabelecimento das relações de apoio, confiança e segurança.

O IBGC na gestão do Hospital Estadual de Luziânia buscará sempre promover o máximo conforto e acessibilidade aos seus usuários. Tal conforto iniciará pelos ambientes e instalações da unidade, oferecendo sempre dar dignidade aos portadores de necessidades especiais com ampla acessibilidade, se empenhando na tarefa de proporcionar espaços amplos e arejados, rampas, chão nivelado, sinalização coerente, purificador de água, banheiros, iluminação, etc.

ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL

Com certeza uma das maiores vulnerabilidades encontrada no âmbito da prestação de serviços de saúde é a ausência de orientação.

Como já dito, a comunicação é fundamental para garantir que os processos de orientação sejam eficientes.

A comunicação é a ferramenta capaz de permitir acesso às informações e orientações coerentes.

O Hospital Estadual de Luziânia se empenhará em fixar mecanismos de orientação quanto aos seus serviços, diretrizes, normas através de seus colaboradores e de seus canais de informações (TV, rede social, site, panfletos, jornais, apenas para citar alguns).

Rotineiramente serão programas palestras, cursos e congressos com o objetivo de que os colaboradores e usuários estejam integrados e conhecedores com o processo de orientação social.

O Hospital Estadual de Luziânia realizará atendimentos de Urgência e Emergência, 24 horas por dia, com porta aberta e referência de alta e média complexidade.

O fato de ser uma unidade desse porte, já torna esperado uma demanda vultuosa de serviço de urgência e emergência, o que tem como consequência alto fluxo de usuários, familiares e acompanhantes.

Desse modo estes usuários, necessitam de orientação e apoio social e psicológico.

Nesse cenário, tendo em vista os leitos de internação, em especial as UTI's adulto e pediátrica tornam relevante a atuação de profissionais da psicologia e serviço social, integrantes da equipe multiprofissional do Hospital Estadual de Luziânia.

Um instrumento para garantir e potencializar o atendimento humanizado é o acolhimento psicossocial, sobretudo em situação de um ambiente incógnito, e da natural tensão que envolve um ambiente hospitalar, onde existam situações de perda, de piora clínica, além dos receios e medos quanto à possibilidade de recuperação.

Todas essas sensações exacerbam o medo e a insegurança nos usuários gerando a eles, bem como aos seus familiares e acompanhantes, alterações psicológicas que podem ter como consequências o aparecimento de sinais e sintomas que interfiram no tratamento (no caso do paciente) ou gerem um adoecimento (no caso dos acompanhantes e familiares).

Deve ser proporcionado um tratamento acolhedor e humanizado por parte dos profissionais especializados, sempre que se deparem com situações de tragédias familiares, envolvendo a perda inesperada ou possibilidade real de perda, de pessoas queridas.

Essa situação de maior atenção pela equipe multiprofissional, sobretudo profissionais da psicologia e do serviço social, deve se dar em toda unidade, mas na emergência e nas unidades de internação deve ser ainda mais presente.

A psicoterapia será a ferramenta utilizada para proporcionar minimização do medo, do estresse, da insegurança, além de visar proporcionar (no caso do paciente) uma melhor aderência às práticas de tratamento propostas, reabilitação social e psicológica, garantindo o atendimento coerente, digno e acolhedor em todas as fases, a todos os usuários.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E O ACOLHIMENTO

Tradicionalmente, a noção de acolhimento pode se restringir a uma atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais; a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ou também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento.

Tais perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo.

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da demanda. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde.

O processo de acolhimento deve, portanto, ocorrer em articulação com as várias diretrizes propostas para as mudanças nos processos de trabalho e gestão dos serviços.

Em nosso país, o ACCR ou Acolhimento com Classificação de Risco, é uma propositura do Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização (PNH). É uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

O AACR se norteia pela escuta efetiva, pela construção vínculos, pela resolatividade dos serviços de saúde, e ainda pela prioridade dos pacientes mais graves no atendimento.

Esse é um processo de ressignificação do processo de triagem.

As principais finalidades do ACCR são:

- A melhoria do acesso dos usuários, mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada;
- A mudança das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas;
- O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais;
- O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;
- A abordagem do usuário para além da doença e suas queixas;
- A pactuação com o usuário da resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço;

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de urgência/emergência;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;

Diante de tudo isso, o Hospital Estadual de Luziânia terá em sua estrutura de atendimento de urgência/emergência o Serviço de Classificação de Risco, equipado fisicamente e com profissionais preparados, qualificadamente, para receber os pacientes e seus acompanhantes.

Na unidade o ACCR será realizado por enfermeiros treinados e preparados que realizarão escuta efetiva e avaliação, seguido da classificação das necessidades de saúde nos usuários, conforme critério de riscos estabelecidos em protocolos que subsidiam a classificação de acordo com o estado de gravidade clínica de cada usuário.

A realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção.

Ao chegar ao serviço de urgência, o usuário será acolhido pelos colaboradores da portaria/recepção e será encaminhado para abertura da ficha de atendimento. Após a sua identificação, o usuário será encaminhado ao espaço destinado à Classificação de Risco onde será acolhido pelo enfermeiro que, utilizando informações de escuta efetiva, comunicação de qualidade e da coleta de dados vitais, se baseia no protocolo e classificando o quadro clínico do paciente em:

- **VERMELHO** - Emergência (será atendido imediatamente na sala de emergência);
- **AMARELO** - Urgência (será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação);
- **VERDE** - Sem risco de morte imediato (somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO); e
- **AZUL** - Quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social (deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendido pelo

Serviço Social). Se desejar poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO, AMARELO e VERDE.

A gravidade do caso é determinante na agilidade do atendimento ao paciente, portanto, nos casos de emergência o atendimento ao paciente poderá ser iniciado antes da abertura da ficha de atendimento.

O ACCR é um modo de operar os processos de atendimento em saúde de modo a atender a todos os pacientes de forma acolhedora, ética e respeitosa, com a resolutividade necessária para o caso em questão, exigindo dos colaboradores a empatia.

É ainda a orientação aos familiares, acompanhantes e pacientes, quando esse for o caso, de outros tipos de serviços de saúde, de modo a possibilitar a continuidade assistencial. O Hospital Estadual de Luziânia, buscará sempre a articulação externa com estes outros serviços de saúde, a serem demandados, permitindo assim que todo encaminhamento seja eficaz e simplificado ao usuário.

GERENCIAMENTO DE LEITOS

O gerenciamento de um leito hospitalar compreende todo o processo de provisão e administração das camas e dos diversos recursos correlatos nas várias áreas de um equipamento de saúde.

Nesse contexto, a gestão de leitos diz respeito não apenas ao local em que o paciente repousa, mas também a todos os serviços que acompanham a assistência médica. Ou seja, desde o processamento da admissão, passando pelo tempo de trabalho dos médicos, de profissionais de enfermagem e demais profissionais envolvidos, diagnósticos e tratamentos adequados, etc.

É necessário que as estruturas envolvidas nos processos estejam afinadas de modo a garantir que nenhum usuário fique aguardando na fila enquanto se tenha leito disponível. O processo gestão dos leitos é realizado pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) de forma protocolar e minuciosa considerando a origem e a condição clínica do paciente, tipo de internação (caráter eletivo ou de urgência) garantindo a equidade no acesso aos serviços especializados.

No Hospital Estadual de Luziânia as atividades de gestão de leitos serão realizadas por profissionais devidamente treinados, os quais estarão envolvidos com as unidades de atendimento a

pacientes externos (ambulatórios), unidade de atendimento a pacientes internados, unidade de processamento e estatística e unidades de arquivamento de prontuários (SAME), de acordo com protocolos técnicos operacionais próprios.

Algumas atividades complementarão o serviço de Gerenciamento de Leitos no Hospital Estadual de Luziânia, e serão executadas pelo Núcleo Interno de Regulação. Dentre elas, apontamos a ética e sigilo quanto aos prontuários; zelo e manutenção da integridade dos prontuários; critérios de arquivologia adequados, sistema adequado de registro que controle a movimentação dos pacientes no Hospital Estadual de Luziânia; preenchimento correto de todos os prontuários.

ESTRATÉGIAS DE VALORIZAÇÃO AO TRABALHADOR

Uma das preocupações constantes dessa proponente na gestão do Hospital Estadual de Luziânia, será de fomentar estratégias de valorização do trabalhador, promovendo melhorias nas condições de trabalho (ambiência), ampliando investimentos na qualificação dos trabalhadores de modo a valorizar dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a construção de redes de cooperação.

É fundamental, ao se falar em acolhimento que todos os colaboradores, estejam atualizados e saibam quais processos e procedimentos devem ser implementados em cada caso concreto no cotidiano hospitalar.

O Hospital Estadual de Luziânia manterá programa permanente de capacitações, palestras, rodas de conversa, congresso e vários outros métodos de ensino/aprendizagem capazes de proporcionar conhecimento sobre essa temática, de modo a potencializar o conhecimento e sua aplicação diária no atendimento.

Incluir na tomada de decisões, as equipes de linha de frente na participação de projetos e das comissões internas, será um modo de gerar valorização, dando visibilidade à experiências profissionais, individuais e coletivas de cada colaborador sobre o tema.

INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE PARA VISITAS AOS USUÁRIOS

Para ter uma unidade organizada e segura, além de controlar o fluxo de trabalho e pacientes, também é importante fazer o controle de visitas.

Estar internado é sempre um momento delicado e que requer muita atenção ao paciente, bem como de seus familiares. O paciente, além do cuidado médico, precisa de aconchego e carinho da família e amigos.

Para uma medicina de qualidade, além do cuidado assistencial, da tecnologia e uma equipe de profissionais preocupada com a saúde e melhora do paciente, entende, que a visita, o afeto e carinho de pessoas queridas, contribuem para melhora do doente.

Para que esta situação aconteça, faz-se necessário compreender, que para todo e qualquer tipo de visita, existem regras a serem cumpridas.

Quando ocorre a doença a necessidade de internação, elas são consideradas como uma ameaça, e são vivenciadas de forma grupal. Assim o processo do adoecer envolve não somente o paciente que se encontra internado, mas também toda família que vivencia esta hospitalização diariamente.

Quando uma pessoa é internada em um hospital, ela perde o contato com seu cotidiano, e assim, tudo que vier no âmbito da afetividade pode contribuir para seu tratamento, diminuindo a ansiedade frente ao desconhecido, passando mais confiança e segurança e tendo uma resposta mais positiva em relação ao processo que vivencia.

É importante lembrar sobre os cuidados sempre, por isso há um controle, quanto ao número de pessoas que visitam um paciente na unidade hospitalar. Há também uma exigência necessária no momento do cadastro de visita, como documento de identificação; necessário e imprescindível, recomendações estas que precisam ser respeitadas.

As regras existem para um cuidado a mais com o paciente. Os colaboradores devem estar atentos há um controle efetivo dos que entram e saem. Esta preocupação é fundamental para garantir a segurança e certamente a rápida melhora e recuperação do paciente.

Nesse fluxo de pessoas circulando na unidade, é necessário pensar e avaliar os riscos.

Em um ambiente hospitalar, um erro pode acarretar complicações graves.

Num contexto de saúde, o gerenciamento de riscos tem a finalidade de implementar e implantar medidas preventivas e corretivas de modo a garantir eficiência operacional e oferecer um serviço de saúde com qualidade e segurança ao paciente.

A RDC nº 36 (Resolução da Diretoria Colegiada nº 36), assim conceitua gestão de riscos:

"(...) aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Diante dessa explicação, esse é um importante conceito à ser observado durante a execução e operacionalização dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Luziânia.

Uma das premissas no atendimento à saúde, é a segurança assistencial que é um fator que faz com que o Hospital Estadual de Luziânia, esteja preparado para receber o paciente, seus acompanhantes, familiares e visitantes com segurança, desde a emergência até as consultas ambulatoriais, realização de exames, procedimentos, tratamentos terapêuticos e cirurgias.

Nesse cenário é fundamental que os familiares saibam como proceder durante a visitação a unidade hospitalar, evitando assim riscos desnecessários por meio de ações irresponsáveis e perigosas.

Visando o atendimento aos visitantes/acompanhantes do Hospital Estadual de Luziânia, na medida das possibilidades da estrutura física disponível para a(s) recepção(ões), buscar-se-á separar espaços para receber os visitantes/acompanhantes, onde os mesmos poderão receber as devidas orientações de segurança para si e para os pacientes visitados.

Os ambientes serão mantidos arejados ao máximo possível, de forma que possibilite circulação de ar natural e serão demarcados visualmente para evitar o contato próximo entre as pessoas, principalmente nas salas de espera, cadeiras e nos balcões.

Evitando riscos no Hospital Estadual de Luziânia.:

As medidas que serão tomadas de forma a minimizar e evitar riscos no Hospital Estadual de Luziânia são:

- I - Identificação das demandas que exponham a instituição, seus funcionários e seus usuários bem como a identificação das medidas de solução;
- II- Análise contínua dos processos de trabalho;
- III - Implantação de processos e procedimentos bem definidos, envolvendo a equipe multiprofissional tanto na construção quanto na capacitação, divulgação e cumprimento dos mesmos;
- IV - Acompanhamento das ações, normas, rotinas e procedimentos, buscando a melhoria contínua dos processos;
- V- Internação do paciente pelo menor período possível;
- VI - Registro e organização rigorosos da documentação;
- VII Comunicação institucional acessível e resolutiva;
- VIII- Controle e avaliação periódica dos processos de trabalho.

Todos os fluxos de atendimento serão amplamente divulgados de modo a minimizar riscos no Hospital Estadual de Luziânia.

O momento enfrentando, mundialmente falando com relação à situação pandêmica enfrentada, mostra com ainda mais ênfase a necessidade de adoção de protocolos rígidos a serem observados, garantindo, assim, a segurança geral que envolve a equipe, os pacientes, seus familiares, acompanhantes e visitantes (caso o quadro clínico do paciente permita visitas).

De forma a potencializar a humanização pretendida no Hospital Estadual de Luziânia, será criado pelo IBGC um projeto de visitação, acompanhado pela equipe de psicologia, que preparará o visitante antes de sua entrada no local, criando métodos de gerar bem estar ao visitante, não só antes da visita como após a mesma.

Prevenção e controle de riscos relacionados aos usuários

Dentre as ações que serão cumpridas como medida de controlar e evitar riscos aos visitantes, acompanhantes e pacientes, destaca-se:

I - Cadastro de todos os visitantes (familiares de pacientes, fornecedores, profissionais, religiosos, acompanhantes e outros usuários do Hospital no sistema de informação hospitalar);

II- Implantação de sistema de vigilância por câmeras;

III - Ajuste do tempo ideal entre um atendimento e outro (para os atendimentos agendados como consultas, exames, cirurgias e internações eletivas);

IV-Demarcação das áreas com circulação ou permanência restrita;

V - Implantação de sistema de sinalização de solo (ou de parede) a fim de facilitar o trânsito do acompanhante/visitante dentro do hospital, contemplando estratégia de identificação das cores para pacientes ou acompanhantes portadores de daltonismo;

Os principais resultados que se espera com a adoção dos critérios e medidas de controle de risco para visitantes e acompanhantes no Hospital Estadual de Luziânia, são:

I - Redução e/ou eliminação da exposição dos visitantes/acompanhantes a situações que ofereçam qualquer tipo de risco;

II- Aumento e melhoria contínua da qualidade do atendimento aos usuários visitantes; fortalecimento da imagem do hospital;

III - Valorização e confiança nos serviços prestados;

IV- Prevenção de possíveis processos jurídicos e indenizações;

V - Redução de custos e economia no uso dos recursos;

VI - Tomada de decisão assertiva;

VII - Gestão proativa e preventiva; dentre outras.

ORIENTAÇÕES PARA VISITANTES E ACOMPANHANTES:

Serão adotadas as seguintes instruções para cumprir com as normas de controle de infecção, para o bom andamento do fluxo de visitantes/ acompanhantes e garantia de serviço de qualidade:

- I - O número mínimo de visitantes por paciente;
- II - Não visitar pacientes se estiver com alguma infecção (infecções respiratórias como gripes e resfriados, infecções de pele, conjuntivite, diarreia, vômito e outras doenças transmissíveis);
- III - Usar máscara de proteção fácil, obrigatoriamente. Caso o usuário, acompanhante e/ou visitante se esqueça, será oferecido este equipamento de proteção individual como forma de garantir a segurança de todos. Em casos em que haja indicação adicional de uso de avental e luvas, os visitantes/acompanhantes serão orientados pela equipe do Hospital.
- IV - Visitar a pacientes internados nos isolamentos e UTIs, requer orientações específicas que serão fornecidas pelos profissionais do Hospital Estadual de Luziânia. Em situações especiais que visam a segurança do paciente e do visitante/acompanhante, as visitas poderão ser restringidas;
- V- Higienizar as mãos com água e sabão, ou álcool gel, antes e após contato com o paciente. Álcool em gel estará disponível em todos os pontos estratégicos do Hospital, afim de facilitar e garantir o seu uso;
- VI- A aferição da temperatura será procedimento de rotina antes da entrada do visitante/acompanhante no hospital tanto no pronto socorro, quanto nas unidades ambulatorial e de internação. Protocolos nortearão as equipes quanto a conduta a ser seguida neste procedimento. Caso apresente aumento da temperatura ou algum sintoma que indique alteração do estado de saúde, este será conduzido a unidade de atendimento médico para avaliação e conduta.
- VII - É obrigatória a identificação do visitante e acompanhante no sistema de informação hospitalar;
- VIII - Utilizar, sempre, a etiqueta fornecida na entrada do Hospital. É importante que o visitante seja identificado para que receba a devida atenção e que respeite os horários de entrada e saída das unidades de internação.
- IX- Ao visitar um paciente é preciso lembrar que ele está em recuperação e precisa descansar. Por isso, é importante ser breve, pois, pode evitar situações como a ansiedade, estresse, cansaço.
- X- Evite falar alto ou fazer barulhos desnecessários são cuidados importantes que o visitante precisa ter para não incomodar os pacientes. Se for possível, feche a porta do quarto, pois, evita exposição e estabelece privacidade.

XI - Evite dizer o que o paciente deve ou não fazer ou tomar. Experiência pessoal não são parâmetros de cuidado, pois, cada caso é único e só a equipe de saúde tem condições de avaliar o que deve ser feito. Dessa forma, evita-se interferência no tratamento e promove o reestabelecimento da saúde do paciente mais rápido.

XII - Seja positivo. Traga informações otimistas, pergunte como o paciente está, precisa de alguma coisa. Desta forma, estimula o processo de recuperação por parte do paciente e minimiza ou elimina sinais/ sintomas ou sentimentos depressivos.

XIII - É permitida a visita de apenas um representante de segmentos religiosos por vez, desde que solicitado pelo paciente e/ou seu familiar e mediante contato prévio com o serviço de Capelania Hospitalar e uso de identificação fornecida pelo Hospital;

XIV - É recomendável e preferível que visitantes e acompanhantes estejam na faixa etária de 18 a 59 anos e que estejam isentos de doenças agudas e/ou crônicas. Maiores de 60 anos devem estar acompanhados de um familiar.

XV - Não é permitida a entrada de rotina de menores para fins de visita. No entanto, em situações especiais, considerando a

XVI - Será orientado sobre a importância de se ter apenas um acompanhante por paciente nos serviços ambulatoriais, (salvo situações especiais), desde que esteja assintomático para qualquer doença, de modo especial as respiratórias.

XVII - Flores não serão permitidas nas áreas de internação, pois, assim que começam a murchar, atraem mosquitos e outros insetos que podem incomodar o paciente. De preferência por outro presente, por exemplo.

XVIII - Visitantes ou acompanhantes deverão evitar contato direto com o paciente. Se for necessário, deverão ser fornecidas luvas e orientar higiene das mãos sempre que tocar o paciente.

XIX - Vestir-se adequadamente durante a visita. As unhas devem estar aparadas e os cabelos devem ser mantidos presos.

XX - Em caso de situações especiais, como a pandemia COVID-19, será estabelecido fluxo diferenciado para circulação de visitantes e acompanhantes no Hospital, e, de acordo com as orientações das autoridades sanitárias, se for necessário, as visitas serão suspensas.

Ao visitar um paciente, é proibido:

- I - Tirar fotos nas dependências do Hospital;
 - II - Fumar nas dependências do Hospital, conforme Lei Federal n° 9.294 (15 de julho de 1996) e/ou estar alcoolizado;
 - III - Entrada de menores (exceto em casos especiais, com autorização por escrito, da equipe que assiste ao paciente);
 - IV - Entrada de alimentos e medicamentos externos. Se for necessário, somente com autorização, por escrito, do enfermeiro (a) responsável pelo setor;
 - V - Oferecer alimentos ao paciente sem autorização;
 - VI - Entrada de visitantes e acompanhantes com sintomas gripais, febre ou outra condição conhecida de fragilidade à saúde;
 - VII - Extrapolar o horário de visitas;
 - VIII - Entrar com bolsas, capacetes, pacotes em todas as unidades de internação;
 - IX - Usar adornos (anéis, pulseiras, relógios, bonés, etc) em visita as UTIs;
 - X - Ingressar com aparelho celular nas seguintes dependências: UTI, Pronto-Socorro, Raio-X e unidades de exames para evitar interferência dos equipamentos;
 - XII - Transitar em quartos que não seja do paciente/familiar que veio visitar;
 - XIII - Sentar no leito do paciente, nem no leito que estiver desocupado;
- Importante: O Hospital Estadual de Luziânia, não repassará informações dos pacientes por telefone, salvo em condições especiais avaliadas pela equipe multiprofissional. Se necessário for, o familiar será contatado;

PROPOSTA DE HORÁRIOS DE VISITAS

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	DE SEGUNDA-FEIRA À DOMINGOS	NÚMERO DE VISITANTES
CLÍNICA MÉDICA	14 às 15 hs	Até 02 visitantes
CLÍNICA CIRÚRGICA	14 às 15 hs	Até 02 visitantes
OBSTETRÍCIA	16 às 17 hs	Até 02 visitantes
UTI ADULTA	15 às 16 hs	01 visitante
VISITA RELIGIOSA	18 às 19 hs	01 visitante

Caso ocorram situações não previstas nestas instruções, elas serão prontamente comunicadas à Diretoria, e resolvidas de maneira pontual junto aos profissionais habilitados.

Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais

Orientações Gerais aos acompanhantes e visitantes

A participação do acompanhante e dos visitantes é muito importante para a recuperação do paciente, mas algumas orientações são necessárias durante a sua permanência no Hospital Estadual de Luziânia:

- Mantenha o silêncio. Lembre-se, você está em uma unidade hospitalar.
- Mantenha o celular no silencioso e só atenda se realmente for urgente.
- Higienize sempre as mãos antes e depois do contato com o paciente.
- Só é permitido um acompanhante, maior de idade, para cada paciente.
- Se estiver com algum problema de saúde evite visitar o paciente.
- Não sente ou deite na cama do paciente.
- A privacidade do paciente deve ser mantida, principalmente nos horários de repouso e alimentação.
- Respeite sempre o horário dos procedimentos técnicos.
- Não manipule equipamentos hospitalares. Solicite sempre ajuda dos profissionais.
- No caso de o acompanhante precisar se ausentar, sinalizar à equipe de enfermagem.

No contexto hospitalar existem vários desafios que envolvem colaboradores, pacientes, visitantes e acompanhantes.

Um dos grandes desafios tem início na compreensão sobre as diferenças entre os pacientes pela idade, cultura, etnia e religião. Para cada indivíduo é necessário a compreensão e a empatia.

Fator importante para cumprir com êxito a humanização hospitalar, bem como a prestação de serviços de saúde com eficiência, é a implantação de um plano de educação

voltado ao preparo dos cuidados contendo demonstrações teóricas e práticas por parte dos profissionais e acompanhamento constante da equipe multidisciplinar para garantir a correta realização e atendimento do processo por parte do cuidador ou paciente.

Para subsidiar esses processos, os profissionais precisam estar capacitados, assim, um programa de Educação Permanente, com foco nos procedimentos e satisfação do usuário, além da atualização técnica e comportamental, deve ser estabelecido e estimulado, otimizando o tempo de aprendizado e reduzindo os riscos assistenciais.

É comum, visando a melhora no processo de aprendizagem, a divulgação por meio de folhetos e cartilhas ilustrados, de forma a contextualizar a situação do paciente, quais são os principais cuidados e a forma de realizar as ações propostas, e com o avanço da tecnologia podemos contar com utilização de mídias digitais para facilitar o entendimento e visualização das informações, essa nova condição proporciona maior alcance do conhecimento e facilita a promoção da saúde em ambientes como sala de estar e rede sociais.

No contexto de internação, acompanhamento e visitas, um ponto que merece muita atenção por parte do Hospital Estadual de Luziânia e o que se refere aos relativamente incapazes, sobretudo adotando a ponderação e sabedoria em situações específicas onde possa haver conflitos entre os interesses destes pacientes e de seus familiares.

São várias as legislações que enfrentam a temática dos relativamente incapazes e a tomada de decisões por familiares ou representantes, especialmente as situações de conflitos, ou ainda quando não exista um responsável legalmente designado para o acompanhamento daquele paciente.

Antes de mais nada, o IBGC se compromete de que no curso de contrato de gestão, estando a frente do Hospital Estadual de Luziânia, cuidará de preparar e capacitar todo o corpo profissional da unidade, de modo que em situações de conflito, possam utilizar técnicas de mediação e conciliação, especialmente a equipe multiprofissional, buscando sempre a resolução do conflito no curso do tratamento.

O Código Civil Brasileiro define em seu artigo 3º, que são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos. Tal incapacidade implica na prática de atos por meio de seus representantes legais.

Sobre os relativamente incapazes, o Código Civil estabelece ainda que são incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:

- Os maiores de 16 (dezesseis) e menores de 18(dezoito) anos;
- Os ébrios habituais, viciados em tóxicos e pródigos;
- Aqueles que, por causa transitória ou permanente, não conseguirem demonstrar sua vontade própria. Tal incapacidade relativa implica na prática de determinados atos assistidos por seus representantes legais.

Não é só o Código Civil que traz apontamentos legais sobre incapazes ou relativamente incapazes.

O ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente define que os menores de 16 (dezesseis) anos serão **representados** por seus pais ou tutores e os maiores de 16 (dezesseis) e menores de 18 (dezoito) anos serão **assistidos** por seus pais ou curadores.

Oportunamente, destaca-se que os idosos e enfermos - com exceção dos pródigos e viciados em tóxicos-são, enquanto possuírem condições clínicas de expressar sua vontade, plenamente capazes nos termos da lei civil, podendo, portanto, livremente nomear responsável legal através de Termo de Nomeação de Responsável Legal, ou outorgar procuração com os poderes de representação, sem a necessidade de assistência.

Em relação aos relativamente incapazes maiores, o Código Civil, determina que eles estão, necessariamente, sujeitos à curatela, ainda que por causa transitória não possam exprimir sua vontade.

O processo de judicial de interdição é longo e custoso, e a curatela provisória exige que estejam presentes os requisitos da tutela de urgência, quais sejam a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo. Além disso, a interdição implica em uma série de obrigações ao curador que, muitas vezes não são tratadas aos familiares do paciente.

Os Conselhos de Medicina, representados pelo corpo clínico, não emitiram posicionamento sobre o tema de designação de curador no ambiente hospitalar, apenas exigindo a assistência do relativamente incapaz nos termos da lei civil.

O Conselho Federal de Medicina fixou na Resolução CFM n 1.995/2012, a possibilidade de paciente definir as suas diretivas antecipadas de vontade, ou conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados, sobre os cuidados e tratamentos que queira ou não receber quando estiver incapacitado de expressar sua vontade.

A única menção à nomeação de representação legal previamente à situação transitória ou definitiva de incapacidade, detectada em documentos do CFM, consta do Parecer nº 12/2014, que trata das Reivindicações das Testemunhas de Jeová.

O parecer afirma que o artigo 41 do Código de Ética Médica, que determina a necessidade de levar-se em consideração a vontade expressa do paciente, na definição dos cuidados médicos. Vejamos:

Não alcança os pacientes menores de idade e particularmente outros, relativamente ou totalmente incapazes, que não tenham em período anterior as suas incapacidades e com segurança jurídica, registrada as suas diretivas antecipadas de vontade ou que ainda no pressuposto da impossibilidade de expressá-lo não tenham nomeado, com segurança jurídica, representante legal para fazê-lo.

Tal afirmação, ainda que não seja o objeto da presente nota orientativa, pode ser interpretada como um aceite à nomeação de representante legal antes da situação de incapacidade relativa, por parte do CFM.

Diante de todo o exposto, é recomendável que o paciente recebido pela clínica em condições de expressar a sua vontade designe, imediatamente, seu responsável legal, indicando em termo ou em procuração pública ou privada, que tal responsável terá poderes para tomar decisões em seu nome durante o período em que estiver sendo atendido pelo Hospital Estadual de Luziânia, podendo autorizar ou negar procedimentos, decidir acerca do tratamento clínico a ser procedido, requisitar alta, bem como determinar todos os demais atos relativos à assistência médica ofertada a ele, autorizando-o a expressar a sua vontade para todos os efeitos legais relacionados à prestação assistencial.

Neste contexto, na hipótese de incapacidade transitória, não haverá obstáculo à prestação dos serviços assistenciais necessários à saúde do paciente, quando determinado por seu responsável legal prévia e devidamente nomeado.

Sabemos, que tais orientações representam risco para o Hospital Estadual de Luziânia na medida em que o Judiciário poderá invalidar atos praticados por não curadores de relativamente incapaz. A jurisprudência, porém, aponta para a invalidação apenas de atos praticados em desfavor do relativamente incapaz, mantida a validade daqueles praticados em seu benefício.

Desta forma, será remoto o risco de invalidação destes atos. A intenção do Hospital Estadual de Luziânia é seguir as legislações vigentes promovendo a boas práticas em prol da saúde e integridade dos pacientes relativamente incapaz.

Nos atendimentos de urgência e emergência, o Hospital Estadual de Luziânia, realizará a exigência a jurisprudência de atender os pacientes relativamente incapaz ainda que não representado.

Na ausência dos pais e pendente a nomeação de curador, em se tratando de maiores de dezesseis anos e menores de dezoito, como são eles enquadrados pela legislação civil como relativamente incapazes, entende que há a possibilidade, em analogia ao disposto pelo CFM na Resolução CFM n° 1.995/2012, do paciente definir suas diretivas antecipadas de vontade, ou conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestado pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que queira ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar sua vontade.

Além disso, se não houver nomeação de representante legal pelo incapaz ou relativamente incapaz, o médico responsável pelo paciente deverá aferir se este tem condições de decidir sobre o seu tratamento ou não, e se sim, poderá seguir as orientações do paciente, resguardada a sua saúde e integridade.

Quando se tratar de incapazes ou relativamente incapazes que não consigam decidir ou manifestar sua vontade, ausente o representante legal, não há que se pensar na possibilidade de nomeação de responsável legal, devendo a equipe médica promover todo o tratamento necessário à manutenção da saúde e integridade do paciente acionado as autoridades competentes.

Desde modo, o médico deverá informar os representantes do paciente ou familiares envolvidos no seu tratamento acerca das práticas diagnósticos ou terapêuticas que entender necessárias ao quadro clínico do paciente, devendo usar de todos os meios disponíveis para tratamento dele, desde que cientificamente reconhecidos e ao seu alcance.

Quando a divergência de opinião entre os representantes ou familiares representar riscos ao paciente em virtude da espera, caberá a equipe médica decidir qual dentre os métodos eleitos pelos representantes ou familiares e o mais adequado e eficaz ao tratamento.

Sobretudo, deve-se sempre ter em observância a Resoluções CFM n° 1.931/09 (Código de Ética Médica), notadamente a ressalva em relação à obrigação de observar a decisão

do paciente ou de seu representante legal no caso de iminentes riscos de morte. Tal previsão determina que, diante de risco de morte, caberá exclusivamente à equipe definir o procedimento a ser adotado, não sendo necessário a consulta aos representantes ou familiares.

Orientações e permanência dos acompanhantes durante a realização dos exames

Durante a realização dos exames no Hospital Estadual de Luziânia será permitida a permanência de acompanhante nos seguintes casos:

- Pacientes com até 18 anos incompletos, conforme Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069 de 13/07/1990, art. 12 e suas alterações);
- Pacientes maiores de 60 anos, conforme Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 01/10/2003, art. 16 e suas alterações);
- Pacientes com necessidades especiais, segundo Estatuto do Portador de Necessidades Especiais (Lei nº 3.939 de 02/01/2007, art. 18 e suas alterações).

Informações sobre os exames

As informações sobre a realização dos exames serão fornecidas em momento prévio à realização do mesmo, pelo enfermeiro da unidade.

O paciente/usuário será informado sobre o tempo de realização do exame, assim como sobre a forma de como o exame será procedido (aplicação de gel com transdutor na área examinada no caso de exames de ultrassom, colocação de eletrodos com caso da realização de eletrocardiograma, necessidade de uso de contraste, etc.).

As informações sobre o resultado dos exames serão fornecidas em documento próprio, após ser laudado pelo médico especialista e endereçado ao médico solicitante.

O paciente será informado sobre a data para a retirada do resultado no setor de emissão de resultados no próprio setor de Diagnóstico.

Eventuais dúvidas sobre o resultado do exame poderão ser fornecidas imediatamente após a finalização do procedimento pelo médico executor após finalização do exame.

Direitos dos familiares

I - Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de qualquer natureza.

II - Identificar o profissional por crachá, que deverá conter a fotografia do profissional, seu nome e setor legíveis, assim como ser mantido em local visível.

III- Obter informações claras, objetivas, respeitadas e compreensíveis sobre hipótese diagnóstica e ações terapêuticas que estão sendo ou que porventura serão realizadas no paciente que está sendo acompanhado;

IV- Ser devidamente orientado e treinado, se necessário, sobre como conduzir o tratamento do paciente após a alta, recebendo instruções e esclarecimentos médicos claros, escritos de forma legível, visando buscar sua cura, reabilitação além da prevenção de complicações.

Deveres dos familiares

I - O paciente e/ou seu representante legal tem o dever de dar informações precisas e completas nas consultas e internações sobre o seu histórico de saúde, doença prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à sua saúde.

II - O acompanhante não deve administrar quaisquer outros tipos de medicação durante a internação do paciente. O paciente deve utilizar somente as medicações prescritas pelo médico, salvo as autorizadas por ele mesmo.

III - Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas, visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.

IV - Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a condição de saúde do paciente.

V - Ser indicado pelo paciente como responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.

VI - Ter em mãos ou em sua guarda os documentos do paciente na impossibilidade de ele fazê-lo, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;

VII. Providenciar todos os documentos necessários para autorização e aprovação de atendimento e tratamento na unidade de saúde;

VIII. Zelar e solicitar que outros acompanhantes contribuam para o bem-estar de todos nas dependências da unidade de saúde, atendendo e respeitando a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.

DIREITOS DOS PACIENTES

I - Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de qualquer natureza.

II- Ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, e não por códigos, números, nome de sua doença ou de forma genérica, desrespeitosa ou preconceituosa.

III- Identificar o profissional por crachá, que deverá conter a fotografia do profissional, seu nome e setor legíveis, assim como ser mantido em local visível.

IV- Obter informações claras, objetivas, respeitadas e compreensíveis sobre hipótese diagnóstica e ações terapêuticas, o que pode ocorrer delas, duração prevista dos tratamentos propostos, bem como os riscos de não os realizar, se existe a necessidade ou não de utilização de anestesia, o tipo a ser aplicada e o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os riscos e consequências indesejáveis e duração esperada do procedimento.

V- Ser prévia e expressamente informado

bem como consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, quando o tratamento proposto for, total ou parcialmente, experimental, ou fizer parte de protocolos de pesquisa.

VI - Receber do profissional adequado, presente no local, auxílio para melhoria do seu conforto e bem-estar.

VII- Exigir que a unidade de saúde cumpra todas as normas de prevenção e controle de infecção hospitalar - conforme o regulamentado pelos órgãos competentes.

VIII - Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, asseguradas em qualquer momento do atendimento, e na satisfação de suas necessidades fisiológicas, respeitando os seus valores éticos e culturais e a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e segurança do procedimento;

IX- Receber informações sobre medicamentos que lhe serão administrados;

X- Ser devidamente orientado e treinado, se necessário, sobre como conduzir seu tratamento realização dos exames, recebendo instruções e esclarecimentos médicos claros, escritos de forma legível, visando buscar sua cura, reabilitação além da prevenção de complicações.

XI - Revogar a qualquer tempo, ou recusar livremente, uma vez devidamente esclarecido os riscos inerentes, os procedimentos médicos sejam eles diagnósticos, terapêuticos ou mesmo avaliações clínicas, desde que não haja risco de morte.

XII- Em caso de menor, incapacidade ou impossibilidade de manifestação de consentimento, o mesmo poderá ser realizado por representante legalmente autorizado.

XIII-Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, inclusive no que se referem a tratamentos, cuidados e procedimentos extraordinários para prolongamento da vida.

XIV Ser o adolescente atendido, se desejar, sem acompanhante em consultas e outros atendimentos, com garantia de sua individualidade e confidencialidade e quanto ao acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. No entanto, frente a situações consideradas de risco e quando indicado qualquer procedimento de alguma complexidade, serão necessários a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis.

XV - Ser informado sobre todos os direitos acima, sobre as normas e regulamentos da unidade de saúde e sobre os canais de comunicação institucionais para obtenção de informações, esclarecimento de dúvidas, podendo expressar suas preocupações e queixas para a direção da Instituição através do Serviço de Atendimento ao Usuário.



DEVERES DO PACIENTE

I- O paciente e/ou seu representante legal tem o dever de dar informações precisas e completas no momento da realização dos exames sobre o seu histórico de saúde, doença prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à sua saúde.

II - Durante a realização dos exames deve utilizar somente as medicações prescritas pelo médico do centro de diagnóstico, salvo as autorizadas pelo médico responsável pelo seu atendimento e acompanhamento.

III - Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas, visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.

IV- Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde.

V - Assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde.

VI - Indicar um familiar ou responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.

VII - Ter em mãos seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;

VIII - Providenciar todos os documentos necessários para autorização e aprovação de atendimento e tratamento na unidade de saúde;

IX - Zelar e solicitar que os seus acompanhantes contribuam para o bem-estar de todos nas dependências da unidade de saúde, atendendo e respeitando a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.

X – Agir com urbanidade, cortesia e discrição nas dependências da unidade de saúde, respeitando e fazendo ser respeitado por seu acompanhante e visitantes os direitos dos

demais pacientes, empregados e prestadores de serviços, bem como as Normas e Regimento Interno da unidade de saúde.

PROPOSTA DE CRITÉRIOS - GUIA DE ORIENTAÇÃO AOS ACOMPANHANTES E VISITANTES:

Direito de Acompanhante:

- Idoso acima de 60 anos; (Lei nº 10.741/2003);
- Criança e adolescentes menores de 18 anos; (Lei nº 18.063/1993);
- Pacientes com deficiência e ou/ necessidades especiais -PNE. (Lei nº 13.146/2015);
- Gestante - Lei Federal nº 11.108/2005

Deveres do Acompanhante:

- Permanecer junto ao paciente, prestando o cuidado necessário;
- Usar a identificação de acompanhante;
- Preservar a higiene da enfermaria;
- Seguir as orientações da equipe de saúde;
- Informar à equipe de saúde alterações importantes que ocorram com o paciente;
- Seguir o protocolo de higienização das mãos;
- Utilizar somente as cadeiras e poltronas disponíveis para acompanhantes;
- Não se deitar e nem se sentar nas camas hospitalares;
- Manter um relacionamento tranquilo com paciente;
- O acompanhante deverá ser maior de 18 anos e, preferencialmente, menor de 65.
- A troca de acompanhante será feita na Portaria nos horários que serão estabelecidos.
- Apresentar-se ao Serviço Social, caso necessite de Declaração de Permanência no hospital.

Não será permitido:

- Utilizar o celular na sala de parto.
- Fumar nas dependências do Hospital Estadual de Luziânia;
- Não é permitido entrar no hospital trazendo alimentos, cigarros, roupas e objetos de valor (rádio, televisão, notebook e similares).
- A guarda de capacetes é de responsabilidade do portador;
com altura acima do meio da coxa; e homens trajando blusa regata e/ou calção.

Critérios relacionadas acompanhantes e visitantes que serão definidos:

- Horário de Visitas
- Informações de alta
- O horário de saída de paciente com alta hospitalar é até as 20h.
- Será permitida a entrada de material de higiene pessoal (escova, creme dental, sabonete, desodorante, xampu) e peças íntimas (calcinha, cueca e sutiã).
- Só poderá haver 01 (um) acompanhante por paciente. Somente este acompanhante terá direito às refeições.
- Crianças menores de 8 anos não terão acesso às enfermarias, mas poderão visitar as mães internadas em local definido pela equipe.
- Informações gerais relacionadas à paciente poderão ser obtidas nos horários e números de telefones estabelecidos.
- Não será fornecido informações específicas do estado de saúde dos pacientes por telefone.

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE OUVIDORIA VINCULADA A SES/GO COM PESQUISA
DE SATISFAÇÃO**

A Ouvidoria em Saúde constitui-se em um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde, relativos aos serviços prestados. A Ouvidoria, como componente da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS).

É fundamental para a consolidação do SUS que o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações e os serviços de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, com resposta ágil e resolutiva à sua manifestação, visando à melhoria do atendimento prestado. Para tanto, faz-se necessário implantar uma unidade de Ouvidoria com processos de trabalho qualificados, sob a concepção da gestão participativa e da democratização da informação em saúde, que propicie um atendimento capaz de mediar conflitos e ser eficaz na busca de soluções.

Além disso, as manifestações recebidas nas ouvidorias do SUS devem ser sistematizadas e organizadas em relatórios gerenciais para informar e subsidiar os respectivos gestores sobre a incidência dos problemas, servindo como referência para mudanças positivas da política de saúde.

O PAPEL DAS OUVIDORIAS DO SUS

As ouvidorias do SUS são unidades de importância estratégica para a gestão do SUS. Ao possibilitar o diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão, as ouvidorias contribuem para a participação do cidadão na avaliação e na fiscalização da qualidade dos serviços de saúde.

Essa forma de controle social auxilia no aprimoramento da gestão pública e no aperfeiçoamento gradual do sistema de saúde. Nas ouvidorias do SUS, a manifestação do cidadão pode se apresentar pela busca de informações e orientações em saúde e também por meio de sugestões, elogios, solicitações, reclamações ou denúncias.

Diante da necessidade apresentada pelo cidadão e das responsabilidades legais do gestor, as ouvidorias orientam, encaminham, acompanham a demanda e respondem ao cidadão sobre as providências adotadas.

Em tal contexto, as ouvidorias do SUS são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde, organizando e interpretando as informações que recebe da sociedade por meio de condutas que inspirem a credibilidade, a ética e o respeito ao cidadão.

O processo de escuta do cidadão dá-se individualmente, porém, a Ouvidoria tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe, de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da Saúde.

Base Legal das Ouvidorias do SUS

A Constituição Federal de 1988 consagrou expressamente a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi dado início à regulamentação do Sistema Único de Saúde, como sistema integrado de assistência à saúde, garantido pelo Estado brasileiro, administrado pelo Ministério da Saúde em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e, principalmente, com a necessária participação da população na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços de saúde.

Historicamente, criaram-se marcos que têm trazido avanços na institucionalização de instrumentos que regulamentam a participação popular na gestão da saúde, como, por exemplo, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a criação de conselhos e conferências de saúde, como mecanismos de atuação da sociedade civil organizada.

A Ouvidoria, nesse contexto, fortalece o papel legal das instâncias de gestão e controle social, porém sua identidade é distinta. Ela auxilia e complementa a ação dos conselhos de saúde, das instâncias intergestoras, das corregedorias e dos sistemas de auditoria.

As ouvidorias do SUS, para assegurar ao cidadão a oportunidade de participação na gestão pública em saúde, apoiam-se nos princípios e nas diretrizes que determinam as ações e os serviços em saúde, expressos nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/1990.

A aplicação dos princípios previstos na Lei nº 8.080/1990 e das diretrizes elencadas na Constituição Federal à atuação das ouvidorias do SUS possibilita afirmar que:

Universalidade

Todo cidadão tem o direito de se manifestar ao Poder Público, quanto ao sistema de saúde. Compete, pois, colocar serviços de Ouvidoria ao alcance da população de modo a permitir o uso do direito de opinião do cidadão.

Equidade

Todo cidadão deve contar com pelo menos um meio de acesso gratuito ao serviço de Ouvidoria, seja pessoalmente, por telefone, fax, carta, e-mail ou ainda pela imprensa, de forma que atenda a sua necessidade, independente da localidade ou situação social. Compete aos níveis administrativos do SUS divulgar e difundir formas e meios de acesso à disposição dos cidadãos.

Integralidade

As demandas recebidas na Ouvidoria sobre o sistema de saúde devem ser processadas sob um tratamento que abranja, tanto quanto possível, os aspectos de promoção, de proteção e de recuperação da saúde.

Regionalização

Este princípio é pautado pela maior eficácia e transparência causadas pela aproximação das políticas de saúde aos cidadãos, bem como pelo reconhecimento da heterogeneidade e da desigualdade social e territorial, por meio da identificação e do reconhecimento das diferentes situações regionais e suas peculiaridades. Assim, o serviço de Ouvidoria deve estar presente em todas as secretarias estaduais de saúde; nas secretarias de saúde das capitais; nas cidades com mais de 100 mil habitantes; nas cidades-polo; e nas sedes dos consórcios municipais e das regiões de saúde, a ser acordado nas Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs), Conselhos de Saúde e demais estruturas do SUS.

Hierarquização

Na organização da rede de ouvidorias, devem ser respeitados os níveis hierárquicos de estruturação do SUS.

Participação da comunidade

Compete aos níveis de gestão do SUS promover o relacionamento dos serviços de Ouvidoria com os respectivos conselhos de saúde.

Descentralização

Deve ser apoiada a criação de estruturas descentralizadas de ouvidorias do SUS nas três esferas de governo. O princípio da descentralização das ações e dos serviços de saúde, por definição, é o processo de transferência de responsabilidades e prerrogativas de gestão para os estados e os municípios, atendendo às determinações institucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

Portanto, a descentralização promove a participação da sociedade em todo o processo de decisão e controle da gestão e constitui um desafio permanente para mudanças substantivas na gestão responsável da Administração Pública.

HISTÓRIA DA OUVIDORIA DO SUS NO BRASIL

Historicamente, no Brasil, a primeira tentativa de regulamentar a figura do Ouvidor e da Ouvidoria deu-se em 1923, pelo deputado constituinte José de Souza Mello.

- Em 1998, a chamada Comissão de Notáveis, que era liderada pelo jurista Afonso Arinos, tentou introduzir o instituto do Ouvidor no texto constitucional brasileiro.

- Na Constituição Federal de 1988 - Artigo 37, parágrafo 3º, inciso prevê a existência de uma lei que discipline as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta e que regule as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços

- Artigos de 196 a 200 - Definição de saúde como direito de todos e dever do Estado e instituição do SUS, que tem, como uma de suas diretrizes, a da participação da comunidade. Entende-se que a implantação de ouvidorias é uma forma de consolidar esta diretriz.

- Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS (Portaria MS/GM nº 3.027, de 26 de novembro de 2007)

Vislumbra a implantação de ouvidorias como uma das formas de fortalecer a gestão estratégica e participativa no SUS.

– Decreto Presidencial nº 6.680/2009

Dispõe sobre a estrutura regimental do Ministério da Saúde e competências das áreas que o integram, conferindo ao Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS a missão de estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de ouvidorias de saúde.

– Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS/GM nº 1.820, de 13 de agosto de 2009). Contém dispositivo que garante aos cidadãos o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade.

– Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (Regulamentação da Lei nº 8.080/1990) Regulamenta a Lei Orgânica do SUS e estabelece a necessidade da gestão do SUS apurar, de forma permanente, as necessidades e a satisfação do usuário.

O Decreto nº 7.508/2011 dispõe sobre a organização do SUS em regiões de saúde, sendo estas instituídas pelo Estado em articulação com seus municípios. As regiões de saúde representam o espaço privilegiado da gestão compartilhada da rede de ações e dos serviços da saúde, tendo como objetivos:

- garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância à saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
- efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados;
- reduzir as desigualdades loco regionais, por meio da conjugação Inter federativa de recursos.

Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, nas Comissões Inter gestores, garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; monitorar o acesso às informações e aos serviços de saúde e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

O Decreto nº 7.508/2011 instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap).

O COAP é um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito de uma região de saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na região, para garantir a integralidade da assistência à saúde da população.

Ele é assinado pelos prefeitos e seus secretários de saúde, pelo governador e seu secretário de saúde e pelo Ministro da Saúde.

A avaliação da execução do COAP é realizada por meio do Relatório de Gestão, de cada ente signatário, devendo ser acompanhada pelos respectivos conselhos de saúde.

Além de levar informação para populações que têm dificuldades históricas de acesso ao SUS e aos canais de participação, como o próprio Disque-Saúde 136, faz, ainda, uma escuta humanizada, qualificada e medeia com a gestão o devido encaminhamento para as demandas apresentadas.

A Ouvidoria Itinerante desempenha, portanto, um papel importantíssimo, pois congrega a comunicação e a escuta qualificada com o respeito à diversidade e à cultura desses territórios vulneráveis.

IMPLANTAÇÃO DA OUVIDORIA NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA**Objetivo:**

A implantação da Ouvidoria no Hospital Estadual de Luziânia, se dá com o intuito de garantir a todos os usuários desta unidade em saúde, o direito de apresentar suas reivindicações, elogios, reclamações, manifestações perante a gestão da unidade.

Além disso a Ouvidoria funciona como um mecanismo efetivo e de celeridade para a proteção e defesa dos direitos dos usuários, em observância a Lei nº 13.460/2017 e do Decreto nº 9270/2018, que tratam sobre a sua implantação como uma forma de avaliação da efetividade e um contínuo aperfeiçoamento e melhoramento da gestão.

A Ouvidoria no Hospital Estadual de Luziânia será um instrumento potencializador de modificações. Uma vez que sobre um ângulo favorece a gestão mais flexível, que se empenha para o alcance da satisfação das necessidades do usuário, enquanto que de outro ângulo, pode ser vista como aquela que incentivará a prestação de serviços públicos com eficiência e qualidade, garantindo direitos, sendo, portanto, uma ferramenta a serviço da democracia e do cumprimento das garantias fundamentais de todos os usuários.

As sugestões, queixas, reclamações, elogios, possibilitarão uma constante avaliação dos serviços prestados, e análise de medidas a serem tomadas, sempre visando melhorias.

A celeridade na resolução de todas as demandas apresentadas a ouvidoria do Hospital Estadual de Luziânia, será prioridade por parte dessa proponente.

Deste modo, além de assegurar o pleno acesso a todos os usuários, familiares e acompanhantes na unidade, existe o compromisso que de todas as demandas serão respondidas em prazo inferior à 20 (vinte) dias, dando resolutividade ao processo.

A Ouvidoria do Hospital Estadual de Luziânia e seu papel:

O que se almeja com a Ouvidoria no Hospital Estadual de Luziânia, é garantir uma atuação eficaz no processo de interlocução/comunicação entre usuário/cidadão e a Administração da unidade, concretizando desse modo, uma forma adequada para a resolução de conflitos.

Neste sentido a Ouvidoria orientará, encaminhar acompanhará as providências adotadas, e responderá eficientemente ao cidadão.

Não bastando, quando a situação exposta não for de competência da respectiva ouvidoria, ela ajudará o cidadão a identificar o local adequado para a resolução de sua demanda trazida.

Criação da Ouvidoria

Público alvo: o público interno que são os colaboradores (empregados e servidores públicos lotados na unidade) que poderão utilizar de forma democrática a Ouvidoria para manifestar seus anseios.

Com relação a esse público interno a Ouvidoria permite uma administração participativa.

Além disso, temo o público externo, que são pessoas que utilizam os serviços oferecidos no Hospital Estadual de Luziânia ou seus familiares e acompanhantes.

Estes utilizarão a Ouvidoria como um canal para se manifestarem apresentando denúncias, reclamações, sugestões, elogios...

Assim, qualquer cidadão que pertença ao público interno ou externo poderá apresentar, sem qualquer tipo de ônus, a sua manifestação à Ouvidoria.

O IBGC agrã no sentido de facilitar ao cidadão o pleno acesso a Ouvidoria, garantindo que tal acesso seja facilitado de todas as maneiras possíveis, através de e-mail, carta, formulários eletrônicos no site, telefone, atendimento presencial e formulários impressos disponibilizados na unidade com caixas de coleta.

Estrutura da Ouvidoria

Estrutura Física

Para a implantação da estrutura física destinada à execução das funções de ouvidoria, tais como acolhimento, atendimento presencial, análise e acompanhamento das manifestações e gestão dos dados, deverão ser observados os seguintes itens:

I. Espaço físico adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigilo;

II. Boa localização, de fácil acesso e visibilidade a todos os cidadãos, sendo importante atentar-se à acessibilidade das pessoas com deficiência, idosos, gestantes ou outras com dificuldades de locomoção, como rampa de acesso e adaptações;

III. Equipamentos e mobiliários adequados para a realização do serviço como cadeira, mesa, armário, material de escritório em geral, computadores, impressora e aparelho telefônico;

IV. Disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet.

Visando um ambiente que possa ter alta demanda no fluxo de pessoas e acesso fácil aos interessados, sugerimos que a Ouvidoria seja implantada na lateral esquerda do Hospital Estadual de Luziânia, próxima à recepção principal, utilizando-se, se for necessário, uma estrutura de drywall.

Este local tem um maior fluxo de pessoas em circulação e, por ter a porta de entrada da unidade, seu acesso é estrategicamente facilitado ao cidadão.

Profissionais da OUVIDORIA

Os profissionais que atuarão na Ouvidoria deverão possuir habilidades necessárias com essa atribuição, além de necessariamente passarem por capacitação para o desempenho da função com zelo e eficiência.

Por se tratar de uma função, relativamente nova, em geral não se exige formação específica para ser um Ouvidor, mas há vários cursos de formação e aperfeiçoamento que poderão nortear o colaborador no desempenho da função.

A disponibilidade do pessoal para a formação da equipe dependerá da condição atual de funcionamento e necessidade da unidade, a ser verificada após implantação, devendo de início no mínimo ser composta por:

- 01 - Ouvidor: Responsável pela Ouvidoria;
- 01 - Técnico Atendimento;
- 01 - Técnico para o tratamento das demandas.

Tais profissionais precisarão buscar conhecimento acerca das atividades desenvolvidas pelo setor, além de treinamento que lhes possibilite tratar o(a) cidadão(ã) de forma respeitosa, empática e genuína.

Há algumas habilidades que devem, necessariamente, compor o perfil profissional destes colaboradores, tais como:

Ouvidor:

Considerando-se as peculiaridades do trabalho dos profissionais das ouvidorias, serão competências exigidas para a formação da equipe que atenderá na Ouvidoria do Hospital Estadual de Luziânia:

- I. Ouvir e compreender as diferentes formas de manifestação dos cidadãos;
- II. Reconhecer os cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito;
- III. Qualificar as expectativas de forma adequada, caracterizando situações e identificando os seus contextos, para que os Gestores da unidade possam utilizá-las como oportunidades de melhoria;
- IV. Demonstrar os resultados produzidos, avaliando a efetividade das respostas oferecidas, gerando dados e elaborando informações capazes de subsidiar a gestão pública.

Qualidade do atendimento:

Objetivando a melhoria contínua da qualidade no atendimento prestado aos usuários no âmbito do SUS, proporcionando a institucionalização da Ouvidoria SUS no Hospital Estadual de Luziânia, o IBGC se norteará pelos seguintes princípios fundamentais:

- I. **Competência:** existência de pessoas capacitadas e recursos tecnológicos adequados;
- II. **Confiabilidade:** cumprimento de prazos e horários estabelecidos previamente, e a busca em otimizar o tempo de resposta/ resolução de acordo com a complexidade das demandas apresentadas, sem oferecer prejuízos na qualidade das respostas;
- III. **Credibilidade:** honestidade no serviço ofertado;
- IV. **Segurança:** garantia de sigilo das informações pessoais nos termos da Lei nº12.527 - Lei de Acesso à Informação;
- V. **Empatia:** que consiste em uma resposta afetiva apropriada à situação da outra pessoa, e não à própria pessoa. Essa habilidade se traduz na capacidade de se identificar com o sentimento ou a reação de outra pessoa e buscar compreendê-lo;
- VI. **Linguagem cidadã:** clara, acessível, de fácil compreensão, evitando jargões e termos técnicos, proporcionando um atendimento adaptado às necessidades do cidadão;

- VII. **Linguagem inclusiva:** é aquela que não usa expressões preconceituosas ou ofensivas a indivíduos ou grupos;
- VIII. **Presteza:** demonstração do desejo de servir, valorizando prontamente a solicitação do cidadão;
- IX. **Cortesia:** manifestação de respeito ao cidadão e de cordialidade;
- X. **Flexibilidade:** atuar com capacidade de lidar com situações não previstas;
- XI - **Respeito à diversidade e garantia do pleno acesso à Ouvidoria por todos os cidadãos:** atendimento a todas as pessoas sem preconceitos.

Planejamento de implantação

- I. **Definição no organograma:** a Ouvidoria será inserida no organograma da instituição, articulada ao nível central de gestão;
- II. **Definição do local:** instalar a Ouvidoria seguindo os requisitos básicos para compor a Rede de Ouvidorias do SUS, pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Departamento Ouvidoria- geral do SUS, e passar a integrar juntamente com a SES - Secretária de Estado da Saúde do Estado de Goiás a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS, que atuam por meio do sistema informatizado Ouvidor SUS.

O Sistema permite a otimização de todos os processos de trabalho que permeiam sua ação, e tem a finalidade de atuar como ferramenta para a descentralização das ouvidorias do SUS, facilitar a democratização das informações em saúde, agilizar o processo de recebimento, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações, além de gerar relatórios gerenciais, também auxilia na definição de prazos para tratamento de demandas conforme bases legais. Instrumento de gestão que será uma importante ferramenta à serviço da população do Centro-Norte Goiano e apoio às demais regiões;

- III. **Realizar o processo de escolha do Ouvidor** que representará a Ouvidoria e participará da seleção para a composição da sua equipe de trabalho (designação do Ouvidor deverá ser feita pelo Diretor Geral da unidade);
- IV. **Instalar em locais de grande circulação da unidade** urnas devidamente identificadas pela Ouvidoria contendo disponível formulário impresso para registros de manifestações e pesquisa de satisfação dos usuários;



V - Realizar a divulgação (site corporativo, placas em locais de grande circulação de pessoas) do objetivo, papel, dos projetos da Ouvidoria, definindo e expondo a consolidação de um espaço democrático implantado no Hospital Estadual de Luziânia, estimulando a conscientização dos usuários da unidade sobre o direito de receber um serviço público de qualidade, trazendo mais conhecimento sobre seus direitos e responsabilidades, incrementando assim, a sua capacidade crítica e incentivando o uso de direito da sua opinião.

Nesse sentido, deve-se de imediato publicar e indicar na unidade o local e horário de atendimento da ouvidoria, tal como, telefone e e-mail para contato.

VI- Divulgar internamente e externamente os meios de acesso e horários de atendimento da ouvidoria.

Pesquisa de satisfação da ouvidoria

Será competência da Ouvidoria do Hospital Estadual de Luziânia valorizar e propor a padronização dos processos, unificação dos sistemas de dados, implantação e disponibilidade para realização de pesquisas de satisfação, de todas as formas possíveis, tais como: em modelo digital, formulário físico, sistema de produção da unidade e/ou da Ouvidoria, proporcionando assim, o aumento da capacidade de coleta, armazenamento e análise dos dados.

Com o intuito à avaliação da eficiência, eficácia, efetividade e qualidade das estruturas, dos processos, e dos atendimentos ofertados aos cidadãos, e a busca continua ao fortalecendo de uma gestão participativa e efetivamente de qualidade no âmbito do SUS.

Neste sentido a pesquisa de satisfação dos usuários terá como objetivo avaliar o atendimento no Hospital Estadual de Luziânia do ponto de vista de quem os recebe, fornecendo a gestão do IBGC materialidade de avaliação dos serviços que estão sendo prestados aos usuários e/ou visitantes da unidade.

A partir da pesquisa será possível a tomada de decisões, nos processos de trazendo informações e dados sobre os usuários e suas necessidades, grau de satisfação, entre outros aspectos relevantes. Desta forma os objetivos poderão ser alcançados com a efetivação da pesquisa continuada, entre estes: definição de padrões de atendimento; detecção de necessidades dos usuários; simplificação dos processos e procedimentos administrativos; avaliação da qualidade do atendimento; avaliação do grau de confiança e imagem institucional.

Modelo de pesquisa Net Promoter Score

Essa metodologia tem uma grande vantagem: você só faz uma pergunta para os usuários dos serviços.

Vantagens da pesquisa de satisfação pelo modelo Net Promoter Score:

- Ágil e rápido de fazer e implementar;
- Um parâmetro reconhecido por grandes consultorias e institutos de pesquisa;
- O resultado é um valor quantificável;
- Possibilidade de fazer comparações entre áreas e empresas.
- Periodicidade

A periodicidade definida pelo serviço, será de intervalo médio de 3 (três) meses, com objetivo de avaliar a percepção dos usuários ao longo do contrato, ou ainda quando se fizer necessário frente a mudanças ou normas e rotinas e/ou implantação de novos serviços.

Apresentação das avaliações

As avaliações apresentadas deverão ser entregues as áreas gestoras da unidade, bem como a Secretaria de Saúde de Estado – SES/GO, em relatório descritivos, bem como em gráficos comparativos entre períodos

Horário de atendimento

O Canal de atendimento presencial terá seu horário de funcionamento de 07:00 às 19:00 horas, durante sete dias da semana, além do canais eletrônicos com e-mail e formulário eletrônico no site da instituição, podendo ser acessados 24 (vinte e quatro) horas dias, nos 7 (sete) dias da semana.

Hospital Estadual de Luziânia	QUESTIONÁRIO OUVIDORIA	Data:
IDENTIFICAÇÃO		
1) QUAL O SEU NOME?		
<hr/>		
2) QUAL SERVIÇO UTILIZOU?		
<hr/>		
3) QUAL A DATA DO ATENDIMENTO?		
<hr/>		
4) Deixe aqui seu contato para que possamos lhe dar um retorno (e-mail, telefone):		
<hr/>		
5) Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria os nossos serviços a um amigo ou familiar?		
<hr/>		
6) Para que sua avaliação possa ser melhor, quais adequações recomenda que realizássemos?		
<hr/>		
7) De acordo com a sua avaliação o que oferecemos de bom?		
<hr/>		
Assinatura:		
<hr/>		





PROPOSTA TÉCNICA

**HOSPITAL
ESTADUAL DE
LUZIÂNIA**

**QUALIDADE
TÉCNICA**

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

f

Qualidade técnica: Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas afins:

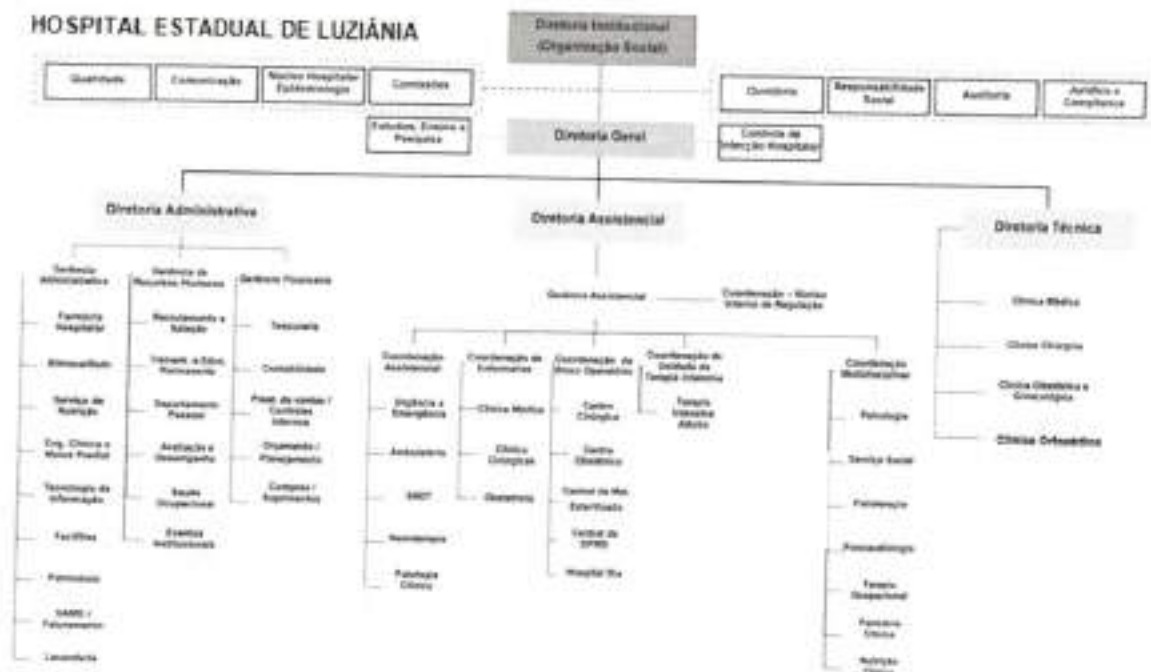
Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da Organização ou dos gestores
do corpo diretivo:

Os documentos estão disponibilizados no anexo DOCUMENTOS DA
PROPONENTE.

R

ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

APRESENTAÇÃO DE ORGANOGRAMA COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO



R

DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS DO CORPO DIRETIVO**Informações Gerais**

Cargo: Diretor Geral

Departamento: Administrativo

Se reporta à: Diretoria Executiva do IBGC

Classe: Líder

Escolaridade exigida: Ensino superior em Administração ou afins com pós graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

R

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.
-

ATRIBUIÇÕES:

- Executar as deliberações gerais nas unidades hospitalares, na área de competência;
- Elaborar planejamento estratégico;
- Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades da unidade hospitalar;
- Planejar, organizar, coordenar e dirigir as atividades no hospital, a fim de que o mesmo atinja sua finalidade;
- Conduzir a elaboração e execução dos planos estratégicos e operacionais, em todas as áreas do hospital, visando a assegurar o seu desenvolvimento, crescimento e continuidade;
- Definir as políticas e objetivos específicos de cada área, coordenando a execução dos respectivos planos de ação, facilitando e integrando o trabalho das equipes, visando otimizar os esforços para a consecução dos objetivos do hospital;
- Identificar oportunidades, avaliar a viabilidade e fazer recomendações sobre novos investimentos ou desenvolvimento de novas atividades, visando garantir um retorno adequado ao usuário e resguardar a segurança dos ativos do hospital;
- Manter contatos com a direção das empresas para identificar oportunidades de ampliação ou melhoria nos produtos/ serviços prestados ou solução de eventuais problemas contratuais ou operacionais, visando a manter a satisfação do cliente e projetar uma imagem positiva do hospital;
- Conduzir os processos de mudança na cultura da organização, visando conquistar o engajamento de todos os seus integrantes e garantir a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a contínua busca da qualidade e de altos padrões de desempenho individual e coletivo;

- Manter contatos com a direção de outras empresas, entidades de classe e órgãos governamentais, visando a harmonizar esforços que se traduzam em benefícios para o usuário, o hospital e a comunidade geral;
- Realizar as demais atividades inerentes ao cargo.

R

Informações Gerais

Cargo: Diretor Administrativo

Departamento: Administrativo

Se reporta à: Diretoria Executiva do IBGC

Classe: Lider

Escolaridade exigida: Ensino superior em Administração, Economia ou afins com pós graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.
-

ATRIBUIÇÕES:

- Executar as deliberações gerais nas unidades hospitalares, na área de competência;
- Elaborar planejamento estratégico;
- Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades da unidade hospitalar;
- Administrar o hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com os regulamentos, regimento das unidades administrativas, procedimentos de gestão e instruções de trabalho;
- Conferir as informações que são levantadas pelas unidades para a composição da prestação de contas mensal, a fim de que não contenham nenhuma correção, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela instituição;
- Manter em dia os registros e alvarás das atividades que exigirem essa providência;
- Participar das reuniões de prestação de contas com a diretoria geral;
- Manter contato constante com os responsáveis diretos das atividades administrativas do hospital e avaliar periodicamente o desempenho dos mesmos, visando a maior exatidão possível, compatibilizando finalidades e resultados;
- Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- Convocar e presidir reuniões, ao menos uma vez por mês, com seus subordinados diretos transcrevendo a ata as decisões;
- Exigir que todas as unidades administrativas tenham um regimento POP – Procedimentos Operacionais Padrão;
- Manter atualizados os dados informativos a respeito das atividades administrativas, utilizando os instrumentos pertinentes;

- Promover, orientar, supervisionar e incentivar atividades de ensino e pesquisa;
- Estabelecer e avaliar as atividades administrativas, visando a satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as, conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição;
- Manter sistemas de avaliação contínua, através da elaboração de instrumentos próprios, visando medir o desempenho da equipe administrativa e a qualidade dos serviços prestados aos usuários;
- Integrar e participar de comissões que venham a ser criadas, sempre que os assuntos sejam pertinentes a administração ou a ela relacionados;
- Manter bom relacionamento com os demais serviços hospitalares;
- Planejar e orientar o uso adequado das áreas físicas, ligadas a administração, opinando sobre modificações necessárias;
- Promover, incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos que contribuam para seu crescimento e desenvolvimento profissional;
- Promover e sugerir medidas que visem assegurar a harmonia e equilíbrio da equipe administrativa;
- Substituir o diretor operacional em seus impedimentos dentro dos limites de delegação fixados;
- Realizar as atividades que o diretor operacional lhe confiar;
- Participar com o diretor operacional das reuniões com os gerentes e coordenadores das unidades;
- Preparar expediente, relativo às áreas sob sua coordenação, as informações diárias e/ou mensais e coligir os dados que o diretor operacional necessite para a tomada de decisões;
- Manter o regimento dos serviços administrativos atualizados;
- Manter rigoroso comportamento ético-profissional;
- Cumprir e fazer cumprir as normas internas da instituição;
- Realizar as demais atividades inerentes ao cargo;
-

DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS DO CORPO DIRETIVO

Informações Gerais

Cargo: Diretor Assistencial

Departamento: Assistência

Se reporta à: Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia

Classe: Líder

Escolaridade exigida: Ensino superior em Medicina ou enfermagem com pós graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

12

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.

ATRIBUIÇÕES:

- Organizar os serviços assistenciais de acordo com a especificidade da unidade elaborando e fazendo cumprir o regimento do serviço de assistência;
- Cumprir e executar a política de gestão hospitalar definida pelo IBGC juntamente com a SES/GO;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos;
- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão, Valores;
- Administrar as atividades assistenciais, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores sob sua responsabilidade;
- Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem a melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- Auxiliar na execução do planejamento estratégico de médio e longo prazo;

R

- Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem em segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas à sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- Analisar e produzir relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- Participar ou integrar comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos forem pertinentes à administração ou a elas relacionados;
- Participar dos processos seletivos dos médicos, conforme necessidade;
- Acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por competências;
- Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à assistência;
- Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- Definir e fazer gestões para a obtenção de recursos humanos necessários ao atendimento assistencial nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;
- Manter, de cada profissional da assistência, prontuário completo onde conste ao menos: cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades aos conselhos regionais de classe;
- Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes assistenciais, bem como fazê-las cumprir;
- Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades dos membros da assistência;
- Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes assistenciais, bem como fazê-las cumprir;
- Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades dos membros da assistência;
- Estabelecer sistemas de supervisão assistencial, associando-os aos processos de controle e educação;

- Avaliar as atividades dos profissionais da assistência quanto ao preenchimento das AIH's, prontuários e demais documentos relacionados ao atendimento dos pacientes;
- Realizar demais atividades inerentes ao cargo.



DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS DO CORPO DIRETIVO**Informações Gerais**

Cargo: Diretor Técnico

Departamento: Diretoria

Se reporta à: Diretoria Geral do Hospital Estadual de Luziânia

Classe: Líder

Escolaridade exigida: Ensino superior em Medicina com pós-graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

R

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.

ATRIBUIÇÕES:

- Organizar os serviços assistenciais de acordo com a especificidade da unidade elaborando e fazendo cumprir o regimento do serviço de assistência;
- Cumprir e executar a política de gestão hospitalar definida pelo IBGC juntamente com a SES/GO;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos;
- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- Administrar as atividades do Corpo Clínico do Hospital, assegurando a regularidade do seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores sob sua responsabilidade;
- Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem a melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- Auxiliar na execução do planejamento estratégico de médio e longo prazo;

- Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem em segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- Manter constante contato com os responsáveis das áreas ligadas à sua diretoria e com as demais diretorias;
- Analisar e produzir relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para tomada de decisões;
- Participar ou integrar comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes à Administração ou a elas relacionadas;
- Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos serviços e os programas de melhoria contínua da assistência prestada;
- Participar dos processos seletivos dos médicos, conforme necessidade;
- Acompanhar o desenvolvimento dos colaboradores dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por competências;
- Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à medicina;
- Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- Definir e fazer gestões para a obtenção de recursos humanos necessários ao atendimento médico nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;
- Manter de cada médico, prontuário completo onde conste ao menos: Credenciamento do Corpo Clínico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades ao CRM regional;
- Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes médicas, bem como fazê-las cumprir;
- Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético as diversas atividades do Corpo Clínico Médico.
- Realizar todas as demais atividades que lhe são intrínsecas ao cargo ocupado.

R

Titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da
diretoria e coordenações

- Os documentos estão disponibilizados no anexo DOCUMENTOS DA
PROPONENTE.

Experiência mínima de 1 ano da Diretoria da Organização Social em Saúde no
gerenciamento de Unidade Hospitalar

- Os documentos estão disponibilizados no anexo DOCUMENTOS DA
PROPONENTE.

Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho.

Setores no Hospital Estadual de Luziânia:

- Enfermaria Adulto Clínica;
- Enfermaria Adulto Cirúrgica;
- Enfermaria Obstétrica;
- Hospital Dia;
- UTI Adulto;
- Centro Cirúrgico;
- RPA;
- Consultórios Médicos na Emergência;
- Box de Observação;
- Box de Estabilização.

APRESENTAÇÃO DOS HORÁRIOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, DISTINGUINDO ENTRE PRESENÇA FÍSICA DE MÉDICO ESPECIALISTA E MÉDICO GERAL E MÉDICOS QUE ATENDEM CHAMADAS (SOBREAUIVO)				
Especialidades para a urgência ofertadas pelo Hospital Estadual de Luziânia	Plantões Presenciais		Plantões de Sobreaviso	
	07:00- 19:00	19:00 – 07:00	07:00- 19:00	19:00 – 07:00
Cirurgia Buco Maxilo			1	1
Cirurgia Geral	1	1		
Cirurgia Torácica			1	1
Clínica Médica	1	1		
Ortopedia e Traumatologia	1	1		



Cirurgia Vascular e Angiologia			1	1
Ginecologia/Obstetra	1		1	

AMBULATÓRIO DO Hospital Estadual de Luziânia: Funcionamento do ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 7 hs – 19 hs com grade disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual – SES/GO.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL					
Consultas médicas nas seguintes especialidades	Manhã 07 às 13 hs				
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Cardiologia	1			1	1
Cirurgia Geral	1				
Gastroenterologia				1	
Infectologia			1		
Ginecologia	1		1		
Angiologia e Cirurgia Vascular		1			
Proctologista			1		1
Urologista		1		1	
Ortopedia e Traumatologia		1		1	



ATENDIMENTO AMBULATORIAL					
Consultas médicas nas seguintes especialidades	Tarde 13 às 19 hs				
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Cardiologia					
Cirurgia Geral	1				
Gastroenterologia				1	
Angiologia e Cirurgia Vascular		1			
Ginecologia	1		1		
Urologia	1		1		1
Ortopedia e Traumatologia		1		1	

Atendimento Ambulatorial – Cirurgias/Procedimentos ambulatoriais intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

Especialidades Médicas para cirurgias ambulatoriais a serem oferecidas					
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Cirurgia Geral	1			1	1
Cirurgia Vascular		1		1	



CENTRO CIRÚRGICO

Cirurgias Programadas são as intervenções que abrangem as cirurgias de médio porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

Os pacientes devem ser provenientes de regulação do Complexo Regulador Estadual, bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital.

Especialidades Médicas para cirurgias programadas					
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Cirurgia Geral	1		1		
Gastroenterologia				1	
Ginecologista	1			1	
Proctologista		1			1
Urologia		1			1
Ortopedia		1			1
Angiologia/Cirurgia Vascular	1		1		

Cirurgias de Urgência e Emergência são as intervenções que abrangem as cirurgias de médio e alto porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades, todas as cirurgias de emergência serão informadas ao Complexo Regulador Estadual.

f

ESCALA DE CIRURGIÕES PARA ATENDER CIRURGIAS DE URGÊNCIA NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA				
Especialidades para a urgência ofertadas	Plantões Presenciais		Plantões de Sobreaviso	
	07:00- 19:00	19:00 – 07:00	07:00- 19:00	19:00 – 07:00
Cirurgia Buco Maxilo			1	1
Cirurgia Geral	1	1	1	1
Cirurgia Torácica			1	1
Ortopedia e Traumatologia	1	1	1	1
Cirurgia Vascular e Angiologia			1	1
Ginecologista	1	1	1	1

SADT

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, será disponibilizado aos pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde, e que possuem a prescrição para realizar o exame, devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

Os pacientes internados, os pacientes atendidos na Urgência, os pacientes cirúrgicos e demais receberão cobertura do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), conforme necessidade do usuário, nas vinte e quatro horas do dia, de segunda a segunda.

SADT	PERÍODO MATUTINO					
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	
Colonoscopia	1					
Ecocardiograma	Médico Cardiologista/ Ultrassonografista	1		1		
Eletrocardiograma						
Endoscopia	Médico Endoscopista	1			1	
RAIO-X	Médico Radiologista	1	1	1	1	1
Tomografia Computadorizada		1	1	1	1	1
Ultrassonografia	Médico	1	1	1	1	1
Ultrassonografia/doppler	Ultrassonografista		1		1	
Anestesiologia	Atuar na TC	1				

SADT	PERÍODO VESPERTINO					
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	
Colonoscopia	1					
Ecocardiograma	Médico Cardiologista/ Ultrassonografista	1		1		
Eletrocardiograma						
Endoscopia	Médico Endoscopista	1			1	
RAIO-X		1	1	1	1	1

f

Tomografia Computadorizada	Médico Radiologista					
Ultrassonografia	Médico	1	1	1	1	1
Ultrassonografia/doppler	Ultrassonografista		1		1	
Anestesiologia	Atuar na TC	1				

SADT	PERÍODO NOTURNO				
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Colonoscopia					
Ecocardiograma	Médico Cardiologista/ Ultrassonografista				
Eletrocardiograma					
Endoscopia	Médico Endoscopista				
RAIO-X	Médico Radiologista	1	1	1	1
Tomografia Computadorizada					
Ultrassonografia	Médico	1	1	1	1
Ultrassonografia/doppler	Ultrassonografista				
Anestesiologia	Atuar na TC			1	

O líder de equipe, deverá, necessariamente, possuir o título de especialista na área de sua atuação, liderança incontestada na comunidade assistencial em saúde e organização administrativa.



Possuirá esse profissional, carga horária de 40 (quarenta) horas semanais e contratação pelo regime celetista (CLT), com remuneração de R\$ 18.000,00 (dezoito mil).

Os plantonistas deverão ter residência médica concluída na especialidade em que atuarão. Sua carga horária é variável, a depender da distribuição de tarefas, pelo líder de equipe. Terão remuneração de 1500,00 (um mil e quinhentos reais) por plantão.

A expectativa de número de médicos lotados na unidade, deverá ser sempre revisada, de modo a atender as metas pactuadas e desempenho dos serviços de saúde com eficiência. O trabalho será sempre desenvolvido em conjunto com o Complexo Regulador, em constante interação para maximizar o atendimento.

QUADRO MÉDICO				
ESPECIALIDADE	VÍNCULO	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO	ESPECIALISTA
Buco maxilo facial	CLT	20 hs	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Cirurgião geral	PJ	20 hs	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Cardiologista	PJ	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Ortopedia/ Traumatologia	PJ	20 hs	R\$ 12.000,00	SIM
Médico urologista	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico proctologista	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Infectologista	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Anestesista	PJ	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Ginecologista/Obstetra	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM

R

Médico Endoscopista	PJ	20 hs	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Clínico Geral/Médica	CLT	20 hs	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Gastroenterologista	PJ	20 hs	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Ortopedista	PJ	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Cirurgião Torácico	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Radiologista	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Angiologista e Cirurgia Vascular	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM
Médico Ultrassonografia	CLT	20 HS	R\$ 12.000,00	SIM

R

**PROTÓCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E URGÊNCIA**

Rotinas que serão comuns a todos os profissionais de enfermagem do Hospital Estadual de Luziânia:

- Registrar entrada, intervalo e saída no relógio de ponto eletrônico, inclusive, todas as alterações de horário, eventuais esquecimentos de registro de ponto;
- Executar todas atividades visando a segurança do paciente respeitando os horários de chegada e saída, não podendo se ausentar do serviço sem garantir a continuidade da assistência;
- Apresentar-se ao posto de trabalho devidamente uniformizado, portando crachá de identificação profissional;
- Solicitar as trocas de plantões entre profissionais à chefia imediata com no mínimo 05(cinco) dias úteis de antecedência, assinadas por ambos os empregados e encaminhadas para a Coordenação ou Gerência do Serviço de Enfermagem;
- Avisar a chefia imediata com a antecedência mínima de 6 horas do plantão quanto a impossibilidade de comparecer ao serviço, para providências, exceto em casos extraordinários;
- Comunicar os afastamentos e atestados médicos o mais rápido possível para a chefia imediata, com um prazo máximo de 24 horas;
- As interrupções do serviço para refeição ou descanso dos funcionários deverão obedecer às escalas preestabelecidas pelo Enfermeiro Assistencial plantonista de cada unidade;
- O pessoal em serviço deverá estar vestido/paramentado de acordo com a padronização estabelecida;
- Todos os profissionais do plantão deverão se responsabilizar pela manutenção da organização da unidade. Não consumir alimentos no posto de trabalho;
- Todos os membros da Equipe de Enfermagem de todas as unidades de internação do Hospital deverão zelar pelo patrimônio da instituição.
- As reuniões ordinárias da equipe de enfermagem deverão ser em datas previamente definidas pela chefia imediata;

- Todas as atividades de Enfermagem deverão ser registradas em impressos próprios ou sistema informatizado;
- Organizar o local de trabalho antes de iniciar o atendimento aos pacientes e ao público em geral;
- Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades;
- Orientar as pessoas que por ventura não estiverem identificadas no interior da Unidade Ambulatorial para que o façam na recepção;
- É vedada a utilização de máquinas fotográficas ou qualquer aparelho que faça a captura de imagens dos setores, aparelhos e usuários, exceto com autorização expressa e antecipada da administração do Hospital;
- Os colaboradores deverão informar aos pacientes idosos (maiores de sessenta anos), menores de dezoito anos, acamados e cadeirantes que deverão comparecer ao ambulatório para realização de consultas e/ou exames com um acompanhante. Somente uma pessoa poderá permanecer junto ao paciente, não sendo permitida circulação em outros andares;
- Orientar aos familiares e/ou acompanhantes que no caso de urgências, emergências e intercorrências com qualquer paciente, será solicitado aos acompanhantes e visitantes que se retirem momentaneamente para que o trabalho da equipe não seja prejudicado;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial;
- Manter a organização do setor, bem como a higienização de seus instrumentos de trabalho. Não consumir alimentos nos postos de trabalho;
- Registrar em livro próprio as ocorrências da unidade;
- Desligar todos os aparelhos e equipamentos ao final do expediente;
- Orientar e prestar informações aos pacientes sobre o local de realização de consultas, exames e procedimentos quando estes passarem pelo acolhimento;
- Auxiliar no processo de agendamento de consultas, retornos, interconsultas, exames e procedimentos, caso o paciente precise.

ENFERMEIRO COORDENADOR:

- Apresentar-se ao serviço no horário estabelecido para o turno respectivo de trabalho;

- Cumprir escala de serviço estabelecida, atendendo às demandas do setor e conforme orientação da Gerência de Enfermagem;
- Elaborar escala mensal do Serviço de Enfermagem, atentando-se para férias e licenças e encaminhar para a Gerência de Enfermagem em formato digital;
- Providenciar substituições na escala quando se fizer necessário;
- Supervisionar as anotações de enfermagem nos prontuários, formulários e livros de registro;
- Revisar a agenda ambulatorial e alimentar os indicadores de atendimento;
- Revisar e encaminhar as estatísticas mensais da unidade ambulatorial para a Gerência de Enfermagem;
- Encaminhar à Gerência de Recursos Humanos, todas as alterações e intercorrências na folha de ponto (atestados, absenteísmo, afastamentos, abonos etc);
- Manter a Gerência de Enfermagem e a Gerência de Recursos Humanos informadas sobre mudanças de escalas, convocações para plantões, horas extras, compensação de horas, comunicação de sono, dentre outros mais específicos.
- Manter os POPs e Manual de Normas e Rotinas sempre atualizados, seguindo o cronograma da Gerência de Enfermagem;
- Participar de reuniões com a Diretoria hospitalar, Gerência de Enfermagem, Chefia Médica das clínicas e outros, quando for convocado;
- Convocar reuniões com a equipe de enfermagem sempre que se fizer necessário;
- Solicitar material permanente para a unidade, quando necessário;
- Cumprir regulamento, regimento, ordem de serviço, portarias e outros instrumentos institucionais e dos órgãos de classe;
- Acompanhar visitas técnicas e de fiscalização junto à administração e outros órgãos oficiais;
- Colaborar na elaboração, execução e avaliação do planejamento e ser seguido a curto, médio e longo prazo pelo serviço;
- Participar das resoluções e encaminhamentos realizados pela Gerência do Serviço;
- Participar da seleção de candidatos para equipe de enfermagem para o ambulatório;
- Representar o serviço junto aos grupos de estudo da instituição;
- Supervisionar a ordem no ambulatório, zelando pelo patrimônio da instituição;
- Estabelecer, monitorar e gerenciar os indicadores do ambulatório.

R

- procedimentos e outros tratamentos no ambulatório;
- Supervisionar o Técnico de Enfermagem em suas atividades, fornecendo assistência e orientação técnica, quando necessário;
- Verificar o abastecimento adequado e suficiente dos kits de roupa limpa, materiais para pequenos procedimentos, kits de inalação entre outros disponibilizados para o setor;
- Supervisionar a solicitação de material esterilizado bem como o envio de material contaminado para processamento pelos Técnicos e Auxiliares de enfermagem;
- Realizar acolhimento do cliente dando orientação sobre as normas e rotinas do ambiente hospitalar, esclarecendo dúvidas sobre o atendimento ou procedimento que o mesmo irá realizar;
- Conferir diariamente a funcionalidade do laringoscópio, cardioversor e integridade do lacre do carrinho de emergência do ambulatório, revisando-o mensalmente, mesmo lacrado, e, a qualquer momento quando houver necessidade de utilizá-lo. Realizar reabastecimento, seguindo de inserção de novo lacre;
- Realizar procedimentos privativos do enfermeiro, estabelecidos em POP, e pelo conselho de classe;
- Supervisionar e realizar a aplicabilidade dos protocolos de prevenção de infecção relacionada a assistência à saúde de acordo com protocolos do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância à Saúde e da Instituição;

ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

- Apresentar-se para iniciar o plantão no horário estabelecido para o turno, devidamente uniformizado, sapato fechado e sem adornos;
- Conferir a presença de funcionários da equipe de enfermagem escalados e informar ao coordenador de enfermagem da unidade as possíveis ausências e intercorrências relacionadas à assiduidade, pontualidade, disciplina e conduta;
- Assistir/acompanhar os pacientes sob sua responsabilidade, realizando cuidados de enfermagem necessários em parceria com a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional do ambulatório;
- Registrar no prontuário de cada paciente as informações relevantes referentes a prestação dos cuidados e orientações fornecidas;

- Verificar com antecedência e orientar os pacientes e acompanhantes quanto ao preparo adequado de exames,
- Receber do médico os documentos pertinentes à perícia realizada,
- Entregar os documentos na Coordenação da Unidade Ambulatorial.

TÉCNICO AUXILIAR/ENFERMAGEM

- Cumprir rigorosamente seu horário de trabalho de acordo com as normas e rotinas do setor;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem;
- Atender às solicitações do Coordenador de Enfermagem e do Enfermeiro Assistencial da unidade;
- Participar de reuniões com o Enfermeiro Assistencial e Coordenador de Enfermagem, para o repasse das informações e orientações da Gerência de Enfermagem, sempre que solicitado;
- Participar de atividades de educação permanente e capacitações oferecidas pelo próprio setor e outros responsáveis pela Educação Permanente, com registro de presença em impresso específico;
- Participar da Avaliação de Desempenho realizada pelo Enfermeiro Assistencial e Coordenador de Enfermagem;
- Abastecer as salas e consultórios do ambulatório com luvas, toucas, aventais, máscaras, antissépticos, lençóis de papel, seringas, agulhas, entre outros materiais;
- Manter bancadas limpas e organizadas, trocar a caixa de perfuro cortante quando necessário;
- Organizar a sala de coleta de sangue no dia anterior deixando disponível todo material necessário para a execução do serviço;
- Repor material de uso diários nas salas de atendimento e consultórios, de acordo com a necessidade;
- Suprir os respectivos armários com material esterilizado, buscando-os na CME conforme agendamentos do dia seguinte;

- Manter o armário de roupas organizado; solicitar roupa para abastecer o armário e manter contato com a lavanderia sempre que necessário;
- Repor as roupas no início do atendimento e encaminhar as utilizadas ao expurgo ao final do atendimento;
- Recolher e organizar as bandejas e materiais utilizados nos pequenos procedimentos, diariamente, no expurgo;
- Acondicionar o material utilizado em sacos (bandejas, pinças, bacias, comadres e papagaios, materiais respiratórios (traqueias, umidificadores, kits de inalação etc) e encaminhar o material para a CME;
- Abastecer o Ambulatório com o material estéril da CME (bandejas, pacotes de curativo, pacotes de paramentação);
- Comunicar ao Enfermeiro (a) sempre que perceber a necessidade de reparos/ manutenção da rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;
- Executar os Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem, sob a sua competência, conforme vigente em órgão de classe competente;
- Identificar as almotolias e datá-las assim que forem disponibilizadas e zelar para que o consumo ocorra dentro do tempo de validade previsto;
- Verificar a data de validade de materiais esterilizados;
- Checar o funcionamento dos equipamentos da sala: colposcópio, foco de luz, doppler, eletrocautério, eletrocardiograma, balança e qualquer outro dispositivo que haja, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro;
- Repor materiais (soluções, instrumentais, etc) e impressos próprios e específicos para cada especialidade;
- Realizar os curativos de pequena complexidade e de média sob orientação e supervisão do enfermeiro;
- Auxiliar o enfermeiro nos curativos de média e alta complexidade.
- Realizar lavagem das caixas térmicas de coleta de material, se for o caso;
- Checar o funcionamento das saídas de ar comprimido e oxigênio (ou compressor) utilizados na realização de inalação. Se necessário, acionar a manutenção e comunicar o enfermeiro;
- Manter as salas limpas, organizadas e abastecidas;

- Zelar pelo patrimônio da instituição.

ROTINAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Rotinas comuns à toda a equipe:

- Iniciar atividades laborais no horário preestabelecido conforme escala e constante da distribuição de local de atendimento, horário de trabalho e registrar ponto digital na entrada e saída;
- Receber o plantão da equipe do plantão anterior com respeito e atenção a todas as informações peculiares a cada paciente, para que assim possa dá continuidade à assistência de excelência;
- Estar devidamente uniformizados de acordo com a padronização estabelecida, quando em serviço, bem como, em uso de crachá de identificação, sendo proibido o uso de adornos (brincos, relógios, pulseiras, colar, anéis e qualquer adereço que não seja fardamento ou instrumento de trabalho), conforme NR 32;
- Usar unhas curtas e EPIs necessários para o desenvolvimento da assistência;
- Colaborar com as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na instituição;
- Assumir o serviço de acordo com a escala estabelecida, podendo este ser remanejado para outra unidade, de acordo com a necessidade do serviço;
- Praticar o Código de Ética de Enfermagem, exercendo seu trabalho com respeito aos pacientes, acompanhantes, visitantes, colegas de profissão e a equipe multiprofissional.
- Manter sempre sigilo em relação ao diagnóstico dos pacientes, reforçando a postura ética e profissional.
- Promover ambiente alegre e humanizado, a fim de manter os clientes em condições físicas e psicológicas que facilitem o restabelecimento de sua saúde;
- Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades, principalmente nos casos de dúvidas quanto as chamadas para atendimento;
- Realizar escuta qualificada junto ao usuário, objetivando a resolução da sua necessidade;
- Após registro de chamado junto à Central de Material e Esterilização (CME), via Sistema Gerenciamento de Serviço (SGS), receber, conferir e guardar material, atentando para validade e correto acondicionamento;

- Registrar abertura de chamado junto ao Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação - SGPTI - (Ramal 4764) caso identifique problema na área tecnológica, via sistema SGS;
- Registrar a abertura de chamado junto ao Setor de Infraestrutura Hospitalar (Ramal 4756) caso identifique problemas estruturais, via sistema SGS;
- Comunicar setor de Hotelaria quanto à reposição de materiais, como toalhas descartáveis, detergente, álcool gel e aventais cirúrgicos destinados aos pacientes;
- Após a alta hospitalar, acompanhar o paciente e acompanhante até a saída.
- Comunicar a Unidade de Nutrição Clínica sobre a alta do paciente;
- Registrar em livro ata as ocorrências do setor;
- Zelar pelo bom funcionamento dos equipamentos;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a Equipe Multiprofissional do Hospital Estadual de Luziânia, através de comportamento ético profissional;
- Cumprir e fazer cumprir as normas, rotinas e protocolos institucionais;
- Realizar o registro das notificações de doenças compulsórias em formulários próprios e das ações relacionadas a segurança do paciente;
- Realizar registro de enfermagem completo, descrevendo toda assistência prestada ao paciente no prontuário físico ou eletrônico facilitando a continuidade da assistência à saúde e garantindo o respaldo legal para profissionais, instituição e usuário;
- Para registro manual utilizar caneta em tinta azul;
- Fazer cumprir sobre a higienização das mãos em todos os momentos da assistência recomendados pela OMS, ANVISA e SCIH do Hospital Estadual de Luziânia.

ENFERMEIRO COORDENADOR

- Coordenar tecnicamente, juntamente com Enfermeiro Plantonista, as atividades de enfermagem;
- Ser responsável por toda estruturação gerencial e organização burocrática da unidade;
- Ser Enfermeiro de Referência, responsabilizando-se pelo seu grupo de usuários e familiares/acompanhantes durante todo o período de permanência destes na unidade;

R

- Elaborar conjuntamente com o Enfermeiro Plantonista, planos de trabalho, distribuição de pessoal, atendendo a demanda e manutenção da assistência nas horas estabelecidas em escalas subsequentes ao início de cada plantão;
- Fazer check-list dos materiais hospitalares, de consumo e permanentes de uso no setor e providenciar semanalmente esses materiais;
- Realizar Check- list de materiais da CME, bem como solicitar reposição nos horários pré-determinados pelo setor;
- Supervisionar e avaliar conjuntamente com os Enfermeiros Plantonistas, a atuação da equipe de enfermagem e realizar avaliação de desempenho periodicamente;
- Auxiliar na elaboração da escala mensal, validá-la e encaminhá-la para Gerência de Enfermagem;
- Atualizar normas, rotinas e procedimentos que visam à melhoria da assistência de enfermagem junto com a Equipe de Enfermagem da Unidade de Urgência e Emergência;
- Apoiar ao Enfermeiro plantonista, relacionado ao transporte de pacientes a exames de imagem e laboratoriais;
- Apoiar ao Enfermeiro plantonista, relacionado ao transporte de pacientes a exames de imagem e laboratoriais;
- Organizar e checar junto ao Médico Plantonista as prescrições médicas referentes a cada paciente em atendimento;
- Checar o censo diário de internações e observar o número de leitos disponíveis para internação;
- Otimizar e agilizar a realização de exames dos usuários, visando a obtenção dos resultados o mais rápido possível;
- Otimizar, agilizar e organizar a reavaliação dos pacientes que se encontram em observação na unidade;
- Conferir, supervisionar e avaliar os registros de enfermagem de sua equipe quanto a legibilidade, assinatura, carimbo e qualidade das informações anotadas, seja no prontuário físico ou eletrônico;
- Coordenar e checar o controle e registro da temperatura da geladeira diariamente mantendo-a sempre organizada e limpa;
- Receber e apoiar as atividades práticas realizadas pelos estudantes nos serviços de saúde;

- Manter a Gerência de Enfermagem informada quanto às ocorrências do setor, solicitando providências cabíveis, quando se fizerem necessárias;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial, através de comportamento ético profissional.

ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

- Receber e Realizar a passagem de plantão;
- Supervisionar as atividades de enfermagem do seu plantão, mantendo a programação estabelecida;
- Passar visita em todos os pacientes da sala vermelha, amarela e verde
- levantando em conta suas necessidades e prioridades;
- Realizar pedido de material da Farmácia e Almoxarifado, bem como providenciar sua retirada nos respectivos locais;
- Participar diretamente da assistência aos pacientes graves prestando cuidados especiais e acompanhando sua evolução;
- Realizar conjuntamente com a equipe multiprofissional visitas clínicas aos pacientes;
- Fazer a conferência e registro no protocolo do carrinho de emergência (desfibrilador, laque do carinho e laringoscópio);
- Atender a equipe multiprofissional em suas solicitações, no que for compatível com sua função;
- Avaliar a assistência junto à equipe de enfermagem sob sua responsabilidade;
- Manter a coordenação de Enfermagem informada sobre as ocorrências do plantão;
- Manter controle sobre os visitantes (sempre que possível), orientando-os no que for necessário;
- Otimizar e agilizar a realização de exames dos usuários, visando a obtenção dos resultados o mais rápido possível;
- Otimizar, agilizar e organizar a reavaliação dos pacientes que se encontram em observação;
- Solicitar ao pessoal da higienização a desinfecção concorrente dos leitos, supervisionando e orientando o agente de higienização da unidade;
- Estabelecer e estimular a organização da unidade;

- Executar procedimentos privativos do enfermeiro;
- Participar na prevenção, tratamento e controle da infecção hospitalar de acordo com protocolos institucionais;
- Orientar pacientes na admissão quanto às normas e rotinas do setor;
- Atuar juntamente com os médicos plantonistas durante as intercorrências;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial, através de comportamento ético profissional;
- Orientar e supervisionar o preparo, a administração de medicamentos quando prescrito, e identificação correta (nome do paciente, nome da droga, dosagem, via e hora) nos frascos ou bolsas de hemocomponentes (conforme POP);
- Auxiliar o Enfermeiro coordenador nas evoluções de enfermagem dos pacientes que se encontram em observação na sala verde.
- Registrar no livro de relatório de enfermagem todas as intercorrências ocorridas no plantão;
- Prestar assistência ao usuário durante transporte para realização de exames e procedimentos cirúrgicos nas imediações do hospital e suas unidades, quando necessário;
- Prestar assistência ao paciente grave ou potencialmente grave referenciado a outro serviço intermunicipal, durante o transporte, até a unidade de destino, realizando os devidos registros institucionais;
- Atuar diretamente na classificação de risco da unidade de urgência e emergência e proceder a escuta qualificada, estabelecendo a classificação conforme protocolo.

TÉCNICO/ AUXILIAR DE ENFERMAGEM:

- Receber e passar plantão; cordialmente informando as necessidades do setor;
- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial, através de comportamento ético e profissional;
- Exercer atividades assistenciais de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes e seus respectivos responsáveis sob supervisão e orientação direta do enfermeiro da urgência;

- Prestar cuidados aos pacientes, sob sua responsabilidade, de acordo com a prescrição médica e de enfermagem atendendo as necessidades de tratamento, higiene, conforto, auxílio na alimentação, deambulação e segurança;
- Auxiliar médico ou enfermeiro na realização de procedimentos especiais de urgência e emergência aos pacientes;
- Preparar e manter material para a execução de atividades médicas e de enfermagem, quando solicitado;
- Verificar sinais vitais de acordo com a rotina do setor e comunicar as intercorrências ao enfermeiro plantonista;
- Acompanhar a evolução do paciente, informando, registrando e comunicando sinais e sintomas;
- Preparar e administrar medicações, segundo prescrição médica, sob supervisão do enfermeiro e fazer a checagem com a anotação correspondente, assinando e/ou carimbando;
- Administrar medicamentos de acordo com a prescrição médica e fazer a checagem usando a rubrica e, circulando aqueles que não forem realizados, justificando o motivo;
- Executar punção venosa periférica de acordo com o POP de enfermagem de Punção Venosa;
- Realizar controle de glicemia capilar conforme prescrição médica;
- Aplicar nebulização conforme prescrição médica e de acordo com o POP sobre oxigenoterapia multiprofissional;
- Auxiliar a equipe do Laboratório na realização de coleta de sangue para exames, quando necessário;
- Acompanhar em todo o procedimento o paciente na realização de exames: RX e USG;
- Promover, manter limpeza e ordem nas áreas específicas de trabalho de enfermagem e de atendimento ao paciente;
- Participar de reuniões da equipe de enfermagem do setor, quando convocados;
- Desempenhar outras atividades ou tarefas afins designadas pelo enfermeiro;
- Realizar limpeza diária dos leitos abertos com álcool a 70% e troca de lençóis;
- Prover enxoval e manter roupa em ordem;
- Executar os procedimentos pós- morte conforme procedimento operacional padrão.
- Zelar pelo patrimônio da instituição.

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 de pediatria.

Apresentação no anexo IV



Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios,
hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos.

Este serviço possui os seguintes objetivos:

- Estabelecer critérios para uma adequada gestão do processo de ambulatório de especialidades e Hospital Dia;
- Gerenciar a oferta do atendimento multiprofissional desenvolvido em consultas e procedimentos eletivos nas diversas especialidades;

Abrangência:

Aplica-se à todos os pacientes que requerem marcação para uma atenção especializada ambulatorial em Consultas e SADT/procedimentos ou Hospital Dia.

Atribuições da unidade de regulação assistencial/ambulatorial:

- Planejar, coordenar, executar, supervisionar as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Agendamento de Consultas e Serviço das Recepções Ambulatoriais e Hospital dia, possibilitando a integração da equipe com os demais setores envolvidos na prestação do serviço ao usuário;
- Estabelecer normas técnicas de funcionamento com a finalidade de uniformizar os procedimentos para melhor prestação de serviços aos usuários;
- Efetuar, diariamente, registros ou ocorrências dos fatos julgados merecedores de documentação;
- Cumprir, fazer cumprir e conhecer as exigências legais referentes ao regimento interno, as normas e rotinas do serviço;
- Zelar pela clareza, exatidão e correto preenchimento dos dados cadastrais dos usuários nos prontuários, bem como pela guarda, conservação, ordenação, manutenção e controle dos mesmos;
- Manter-se integrado com todos os serviços do hospital, com a finalidade de prestar um serviço humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde;

- Zelar pela observância do sigilo das informações contidas no prontuário do paciente e pela manutenção dos padrões éticos do hospital;
- Exercer outras atividades correlatas, especialmente as que lhe forem atribuídas pela Governança.
- Responder de forma ágil as demandas oriundas da ouvidoria, apurando todos os fatos envolvidos de forma a aprimorar os serviços prestados aos usuários.

EQUIPE DE GOVERNANÇA DO HOSPITAL

No âmbito da unidade pela adequada gestão da atividade ambulatorial e Hospital Dia:

- Aprovar o planejamento de agendas, garantindo o cumprimento das atividades.
- Pelo estabelecimento e cumprimento de metas contratualizadas.
- Pela manutenção do canal de comunicação com o Gestor e com as Secretarias Municipais de Saúde.
- Por estabelecer e avaliar, conjuntamente com o Gestor e com as Secretarias Municipais de Saúde a normalização dos fluxos de informação sobre consultas e outras atividades ambulatoriais, garantindo a confiabilidade dos dados.

SERVIÇO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL/NIR:

- Pela habilitação da estrutura da agenda.
- Pelo registro centralizado dos pacientes em Consultas e por isso, entre outras atividades, da gestão operativa dos movimentos no registro.
- Pela informação sobre a evolução da demanda, gestão dos agendamentos, planejamento e tomada de decisões.
- Por fornecer disponibilidade de primeiras consultas, bem como de consultas de retorno.

É, em caráter geral, a referência dos pacientes para todos os aspectos administrativos de acesso a consultas.

ADMINISTRATIVOS DA RECEPÇÃO:

- Atender o paciente e seu familiar com agilidade e cortesia.
- Fornecer ao paciente ou familiar toda a informação necessária para o adequado atendimento.
- Encaminhar os pacientes aos locais de atendimento, sempre que necessário.
- Dar o adequado suporte aos profissionais durante o período do atendimento, nos ambulatórios.
- Pela elaboração dos relatórios clínicos de acompanhamento e alta dos pacientes atendidos no ambulatório e Hospital Dia.

DEFINIÇÕES E NOMENCLATURA:

Consulta externa: Atuação assistencial especializada realizada de forma ambulatorial e programada para o diagnóstico, tratamento e/ou seguimento do problema de saúde de um paciente.

Atividades ambulatoriais: todas aquelas atividades que se realizam na área ambulatorial e que consistem em uma consulta e/ou prova diagnóstica que não precisam de internação.

Agenda /grade: horário definido para um profissional e especialidade.

Agendamento: data e hora prevista da consulta e/ou prova diagnóstica.

TIPOS DE CONSULTAS:

Primeira consulta: Refere-se ao primeiro atendimento/contato do paciente em determinada especialidade. Este tipo de consulta é agendado exclusivamente pelo gestor, solicitada desde a rede pelo sistema.

Retorno: Atendimento posterior a uma primeira ou retorno subsequente com a mesma especialidade. Os retornos podem ser:

- **Retorno Excedente:** Retorno com a mesma especialidade quando exista a indicação médica de que a consulta seja realizada num período determinado, numa data diferente à primeira data possível. A consulta será agendada de acordo com a indicação do médico solicitante responsável e será registrada no sistema de informação como "Agendamento excedente".

R

-Retorno Preferencial: Retorno com a mesma especialidade até 30 dias após a data da última consulta.

Retorno Ordinário: Retorno com a mesma especialidade acima de 30 dias após a data da última consulta.

-Retorno Pós Alta: É a consulta em sequência de uma alta hospitalar ou intervenção cirúrgica da mesma especialidade.

Interconsulta: Consiste em uma primeira consulta em um ambulatório, originada do atendimento feito em ambulatório de outra especialidade médica, em casos urgentes, com potencial gravidade, que definitivamente não podem aguardar consulta marcada pelo gestor (agendamento via Secretaria de Saúde). Esta situação aplica-se em especial aos pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasias malignas. Esta é regulada internamente.

Não presencial: Consulta realizada pelo médico, por via telefônica, com o paciente ou pessoa responsável. Habitualmente são consultas para resultado de exames não alterados, em que não é necessária a presença física do paciente.

Bloqueio de agenda: é a inabilitação transitória de uma agenda ou de parte da mesma. Indicado em casos de férias, afastamentos, períodos de licenças autorizadas.

Sobrecarga de agendas: é o atendimento a pacientes acima da atividade previamente definida, autorizada pelo profissional assistente.

Anulação ou desprogramação de uma consulta agendada: É o cancelamento da mesma. Adequação da oferta / demanda: Nas agendas de primeiras consultas/exames, de acordo com a contratualização com o Gestor, pode haver a adequação dos encaminhamentos ao atendimento especializado. Em caso de haver necessidade pode haver um ajuste na oferta de consultas/exames.

Reprogramação: é a mudança da data da consulta, que compreende desprogramação, atribuição da nova data agendada e comunicação desta ao paciente.

Unidade funcional (ala/sala): É onde se localiza um determinado número de salas de atendimento ambulatorial.

Equipe: É composta pelos profissionais de cada especialidade e pessoal de apoio de diversas áreas.

A Unidade de Regulação Assistencial é responsável pela programação, configuração e gestão das grades de consultas ambulatoriais e Hospital Dia.

GESTÃO DE CONSULTAS:

A unidade de Regulação Assistencial é responsável pela programação, configuração e gestão das grades de consultas ambulatoriais e Hospital Dia.

PROGRAMAÇÃO E AGENDAMENTOS DE PRIMEIRAS CONSULTAS:

Inclui mensalmente no sistema as vagas ofertadas de primeiras consultas ambulatoriais e Hospital Dia. O agendamento das primeiras consultas é efetuado pelas Secretarias de Saúde.

PROGRAMAÇÃO E AGENDAMENTO DE RETORNOS

A programação e o agendamento destas consultas são realizados no próprio hospital. No momento em que o profissional especialista indique esta necessidade, a central de marcação fornecerá o agendamento obedecendo aos critérios de prioridade e de tempo pré-estabelecidos (excedentes preferenciais ou ordinários). O critério de tempo deverá respeitar períodos máximos, permitindo o agendamento e, em algumas situações específicas, o apontamento de uma data definida.

OBS: Retorno excedente: Quando existir a indicação médica de que a consulta seja realizada num período determinado, numa data diferente à primeira data possível. A consulta será agendada de acordo com a indicação do médico solicitante responsável e será registrada no sistema de informação como "Agendamento excedente".

PROGRAMAÇÃO E AGENDAMENTO DA INTERCONSULTA

A interconsulta consiste em uma primeira consulta originada do atendimento feito em ambulatório de outra especialidade médica, em casos urgentes, com potencial gravidade, que definitivamente não podem aguardar consulta marcada pelo gestor. Esta situação aplica-se em especial aos pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasias malignas.

A solicitação de interconsulta deverá ser realizada pelo médico assistente no ato da consulta em formulário específico para solicitação de interconsulta, e deverá conter a justificativa da urgência do caso. A solicitação de interconsulta deverá ser entregue na Central de

R

Marcação de Consultas e será avaliado pelo médico regulador ou pelo profissional da especialidade para posterior agendamento e comunicado ao paciente.

Quando não for caracterizada situação de urgência, a solicitação será referenciada para a Secretaria de Saúde do município de origem do paciente, e este aguardará o agendamento desta via sistema.

DATA/HORA DAS CONSULTAS:

A todos os pacientes serão fornecidas agendamento com data e hora personalizados, segundo os critérios pré-estabelecidos e de acordo com o perfil de cada grade ambulatorial, com intuito de evitar esperas desnecessárias e também maximizar a eficiência das consultas.

TEMPO DAS CONSULTAS

O tempo sugerido para primeiras consultas é de trinta minutos e para os retornos vinte minutos em média, de acordo com pactuação prévia das chefias junto à Gerência de Atenção à Saúde e Setor de Regulação e Avaliação em Saúde. Ambulatórios com perfil docente serão pactuados junto à Gerência de Ensino e Pesquisa e Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, conforme necessidades da disciplina à qual se vinculam, definindo número, tempo de consultas e período de funcionamento.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Com o objetivo de reduzir o número de vagas ociosas, para atender as necessidades do serviço e a contratualização, as vagas que estão disponíveis no SISREG, não preenchidas pelas Secretarias de Saúde serão remanejadas e utilizadas como Interconsultas. As demais condições de atendimento com a situação "livre" no AGHU a Unidade de Regulação poderá realizar a gestão, alterando e remanejando para 14 as demais condições de atendimento, respeitando o número total de consultas do perfil de cada grade ambulatorial.

REPROGRAMAÇÃO DO PACIENTE QUE NÃO COMPARECEU

Retornos:

- Uma falta: a reprogramação será feita via secretaria da saúde;
- Duas faltas consecutivas: perde o vínculo com a especialidade e retorna agendamento via sistema;
- Em até seis (6) meses da consulta programada: se o paciente não justificar e solicitar retorno em até seis meses da última consulta programada perde o vínculo com a especialidade e retorna agendamento via Sistema.

INTERCONSULTA:

O não comparecimento do paciente nesta condição de atendimento será referenciado ao município de origem.

REPROGRAMAÇÃO NA FALTA DO PROFISSIONAL

Na falta do profissional, por afastamento legal programado, as consultas agendadas serão remarçadas pela Unidade de Regulação Assistencial para outras datas disponíveis, desde que cumpra as mesmas condições que teria asseguradas na data anterior: especialidade, tipo de consulta e profissional. Na falta do profissional, por afastamento legal não programado ou não comunicado, as primeiras consultas agendadas via sistema não poderão ser reagendadas, estas deverão ser atendidas por outro profissional da equipe.

As demais consultas serão remarçadas pela Unidade de Regulação Assistencial para outras datas disponíveis, desde que cumpra as mesmas condições que teria asseguradas na data anterior: especialidade, tipo de consulta e profissional. Na falta do profissional, por desligamento legal, as consultas agendadas serão redistribuídas entre os profissionais da equipe da referida especialidade, Férias, licenças, atestados Exoneração, demissão podendo em alguns casos ter sobrecarga de agenda até a adequação completa dos pacientes que estavam na agenda do profissional desligado

PROGRAMAÇÃO DAS VISITAS NÃO PRESENCIAIS:

Uma visita não presencial consiste em uma consulta feita pelo médico assistencial, por via telefônica ou telemedicina, com o paciente ou com a pessoa responsável por ele. Habitualmente é consulta para resultado de exames não alterados, em que não se faz necessária a presença física do paciente. Todos os serviços que podem realizar esse tipo de

R

consultas solicitarão a criação da agenda com este objetivo. Todas estas atividades devem ser agendadas e registradas no sistema como forma de atendimento "não presencial".

SOLICITAÇÃO DOS EXAMES

A solicitação de exames deverá ser realizada pelo médico assistente via sistema. A solicitação será entregue ao paciente que se dirigirá o balcão correspondente para o agendamento.

EXAMES EXTERNOS:

Para os exames que não estão disponíveis, o médico faz a solicitação no Sistema e os pedidos são encaminhados para a Divisão Médica que avalia e autoriza ou não sua realização. O paciente com solicitação ambulatorial autorizada realiza o agendamento no hospital ou centro indicado para o exame.

GESTÃO DE AGENDA

PLANEJAMENTO DAS AGENDAS

O planejamento das agendas é necessário para evitar o mínimo de reprogramações. Por isso, nossa proposta de planejamento das agendas deve se ajustar aos seguintes critérios e prazos conforme quadro abaixo, ou seguindo o fluxo de encaminhamento da Secretária do Estado de Goiás.

Critério	Marco ou Período temporal recomendado
<i>Planejamento de Agendas</i>	Ativas durante os 12 meses seguintes e adequadas à demanda prevista.
<i>Solicitações de ausências programadas (vacações)</i>	45 dias de antecedência (para garantir a estabilidade das agendas e a previsão das consultas comprometidas, sem repercussão na demora).
<i>Planejamento dos plantões</i>	Adequado ao quadro temporário de definição da agenda ou, na falta deste, elaborado com 45 dias de antecedência.
<i>Peticionamento em alterações de férias</i>	Até menos dois meses antes do início desse período. A agenda não deve estar sujeita a variações por mudanças de períodos de férias de última hora.

A finalidade da estabilidade da agenda é promover uma assistência acessível, ágil e de qualidade. Em consequência, as alterações na programação da atividade de consultas não notificadas nos prazos estabelecidos deverão ser assumidas pela chefia do Serviço na adoção das medidas necessárias para manter a programação ou reorganizá-la aumentando a atividade nos dias prévios ou posteriores de acordo ao expressado no item seguinte.

É de responsabilidade das chefias de cada serviço dos ambulatórios informar em tempo hábil, respeitando os prazos legais, quaisquer alterações, bloqueios e/ou reprogramações das grades/agendas ambulatoriais. As solicitações devem ser encaminhadas a Unidade de Regulação Assistencial para o e-mail.

Obs: As solicitações encaminhadas fora dos prazos legais e que acarretem prejuízo ao andamento dos serviços, não serão efetivadas no sistema e serão devolvidas ao solicitante para adequação.

CRIAR GRADE

Para realizar a gestão das grades de agenda é necessário que algumas informações sejam cadastradas no sistema. As informações de especialidade, unidade funcional (ala/sala), profissionais vinculados à equipe e formas de agendamento (autorizador, condição de atendimento). Criação e alterações em grades/agendas devem ser comunicadas pela equipe assistencial à Unidade de Regulação Assistencial - Ambulatorial. Essa comunicação deve ser realizada com 45 dias de antecedência, bem como das alterações a serem realizadas no período. Entende-se por alteração a criação de novas grades/agendas, a alteração da programação de agendas existentes e a alteração na disponibilidade das consultas. Além disso, periodicamente o processo é atualizado para revisão da programação das agendas ou para comunicação com o Gestor Estadual.

SOLICITAR ABERTURA DE NOVA AGENDA

Equipes/especialidades assistenciais solicitam a abertura de novas agendas na Unidade de Regulação Assistencial. A solicitação de criação de novas agendas deve ser aprovada pela Gerente de Atenção à Saúde e Chefe de Gestão do Cuidado.

A abertura de novas agendas está condicionada as necessidades institucionais e ocupação das salas utilizadas pelo serviço solicitante. Só após a aprovação, a equipe administrativa da Unidade de Regulação Assistencial realiza a gestão da nova grade e a inclui no sistema.

GERAR GRADE

As grades das agendas devem estar ativas por um período mínimo de 12 meses.

MODIFICAÇÕES DE AGENDA

A chefia do serviço solicita a alteração das agendas ambulatoriais na Unidade de Regulação Assistencial, em conformidade com a demanda dos serviços, bloqueios e ajustes da atividade entre áreas assistenciais e em geral, adaptações às situações não previstas no planejamento habitual.

A alteração/bloqueio de qualquer agenda ambulatorial fica condicionada aos resultados de produção dos respectivos serviços, com base nos relatórios disponibilizados pela UGA e a contratualização. Após aprovada, é preenchido o formulário de alteração/bloqueio das agendas. A chefia envia o formulário via e-mail para realizar a gestão operacional das grades/agendas realizando as alterações no sistema.

AVISO AO PACIENTE

Todos os pacientes deverão ser comunicados das marcações e alterações de datas e/ou horários de consultas, consideramos adequado definir os diferentes mecanismos de marcação e aviso ao paciente.

Referência aos deveres do paciente: compromisso de atualização dos dados administrativos de seu registro e outros que possam afetar à correta gestão de sua consulta (especialmente mudanças de endereço ou telefone, variações em sua decisão de se apresentar à consulta, etc.).

Programação: Primeiras consultas / Interconsulta: os responsáveis para avisar o paciente serão as Secretarias de Saúde dos municípios.

Retornos: Mediante critérios médicos, é responsabilidade de o paciente efetuar o agendamento na Central de Marcação de Consultas

P

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA AMBULATÓRIO E HOSPITAL DIA**Fluxo de encaminhamento pelo médico solicitante/assistente:**

Este fluxo será utilizado pelo médico solicitante (da Atenção Básica ou de outras Unidades de Saúde) para orientar a via de acesso que será utilizada no sistema de regulação (urgência ou ambulatorial), de acordo com os protocolos vigentes:

URGÊNCIA:

São os encaminhamentos que não podem, em hipótese alguma, ser inseridos e aguardar em lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao usuário;

Os Centros de Saúde devem inserir todos os encaminhamentos de urgência na Regulação, na cor azul, com justificativa clínica e hipótese diagnóstica, fornecidas pelo médico assistente, conforme o Protocolo de Acesso para Atenção Especializada, e posteriormente à solicitação será classificada por cor conforme o Protocolo de Regulação utilizado pelo médico regulador na Regulação Estadual.

PRIORIDADE:

São aqueles encaminhamentos:

- Em que a demora na marcação altere sobremaneira a conduta a ser seguida
- Cujas demora implique em quebra do acesso a outros procedimentos como, por exemplo: a realização de cirurgias.

ROTINA:

Estas solicitações serão encaminhadas para Atenção Especializada, entretanto não apresentam indicação de prioridade pelo médico assistente devendo ser inseridos na Fila da Central de Regulação Ambulatorial ou na fila de espera, quando houver. Estes casos podem ser acompanhados pelos médicos da atenção básica e estas solicitações seguem a ordem cronológica de inserção para agendamento.

Classificação de Risco

Classificação - Descrição

- Previdência Zero** - Emergência, necessidade de atendimento imediato
- Previdência 1** - Urgência, atendimento o mais rápido possível
- Previdência 2** - Previdencia não urgente
- Previdência 3** - Atendimento eletivo

Entretanto, como os agendamentos para consultas ambulatoriais são realizados com pelo menos 30 dias de antecedência, os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Necessidade de atendimento imediato. Tempo de espera: Até 15 minutos.	Atendimento mais rápido possível, após atender casos classificados como vermelho. Tempo de espera: 15 a 30 minutos.	Atendimento se dará após os atendimentos classificados como vermelho e amarelo. Tempo de espera: 30 a 120 minutos.	Consulta de rotina, atendimento será feito após os pacientes classificados em vermelho, amarelo e verde. Tempo de espera: 120 a 240 minutos.

PROCOLOS

Drenagem de abscesso

Abscesso, por definição, constitui-se de coleção de pus na derme e tecidos profundos adjacentes. O furúnculo consiste na infecção de um folículo piloso, com material purulento se estendendo até as camadas mais profundas de derme e do tecido subcutâneo. O carbúnculo nada mais é do que a coalescência dos folículos severamente inflamados, resultando numa massa inflamatória com drenagem de secreção purulenta pelos vários orifícios.

Abscessos de pele, furúnculos e carbúnculos podem se desenvolver em pessoas hígidas, sem outras condições predisponentes, a não ser portar na pele ou na cavidade nasal o

R

Staphylococcus aureus. Fatores de riscos incluem a presença de Diabetes mellitus e alterações imunológicas.

Qualquer processo que resulte na quebra de solução de continuidade da pele ou alterações dermatológicas como traumas abrasivos

Manifestações clínicas:

Geralmente há sinais flogísticos locais como calor, rubor, edema e dor, além de nódulos eritematosos com sinais de flutuação. Pode ocorrer drenagem espontânea de secreção purulenta e adenopatia regional. Febre, calafrios, sinais de toxicidade sistêmica são incomuns.

Diagnósticos diferenciais: Folliculite, hidradenite supurativa, milase, leishmaniose, blastomicose.

Indicações:

O tratamento de escolha para o abscesso, independentemente da localização, consiste na drenagem cirúrgica, para eliminar a dor e resolver o processo infeccioso. Atentar para locais especiais como face, principalmente para o triângulo formado pelo nariz e pela extremidade do lábio, pela facilidade de desenvolver flebite séptica e promover extensão para a região intracraniana, por meio do seio cavernoso. Faz-se necessário o uso de antibiótico associado e, às vezes, de avaliação de um cirurgião.

Outro lugar que merece atenção especial é a região perianal. A drenagem nesse local se faz com urgência para a avaliação de um cirurgião, não se espera apresentar sinal de flutuação, pois o risco de promover fasciite necrotizante (síndrome de Fournier) é elevado. Na dúvida quanto ao diagnóstico, encaminhe com urgência para a avaliação de um cirurgião.

Materiais necessários para a realização do procedimento:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaina 1% sem vasoconstrictor
- Campos estéreis.
- Material para o procedimento

- Pinça hemostática curva.
- Lâmina de bisturi n° 11
- Gaze
- Dreno de Penrose
- Fio de sutura nylon 3.0
- Luva esteril.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12
- Agulha hipodérmica (de insulina)
- Swab de cultura, se necessário.
- Máscara e óculos para proteção.

Técnica

- Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização;
- Verifique se o abscesso possui flutuação.
- O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril;
- Usando a agulha 40 x12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica.
- Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro de maior sinal de flutuação, com o cuidado de injetar no subcutâneo. Afinal, a anestesia é para a pele, para a confecção da abertura, nada a mais.
- Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, que deve ser longa.

- Uma vez realizada a anestesia, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente ao longo da linha da pele para promover a drenagem espontânea da secreção purulenta. Não adianta fazer pequenas incisões, pois isso pode levar à recidiva dos abscessos.
- Depois da drenagem espontânea, evite espremer a pele circunjacente, pois pode promover a proliferação da infecção para o tecido subcutâneo adjacente. Coloca-se a pinça hemostática na cavidade, a fim de quebrar as loculações e liberar quaisquer bolsas de material purulento residuais.
- Irrigue a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.
- Introduza uma gaze ou um dreno de Penrose no local, com 1 a 2 cm para fora da incisão, para permitir drenagem adequada e impedir que a incisão fique selada. Se necessário, pode ser fixado com um ponto simples frouxo de nylon 3.0.
- Curativo com gaze.

Complicações:

Recidiva do abscesso: se o tamanho da incisão não for grande o suficiente para drenagem adequada; local não explorado completamente, deixadas áreas loculadas;

Sangramento:

Disseminação sistêmica da infecção: endocardites, osteomielites, formação de abscessos pleurais, articulações etc.

Seguimento:

Pedir para o paciente retornar em um ou dois dias para remoção das gazes e do dreno, e para verificação da ferida.

Orientações para o paciente:

Associar compressas mornas no local, durante 15 minutos, 4x ao dia, até melhora.

Trocar os curativos diariamente.

Ficar alerta para sinais de infecção sistêmica.

A antibioticoterapia está indicada se houver celulite coexistente, se o paciente for imunocomprometido ou tiver um corpo estranho (enxerto vascular, telas, cateteres e válvulas).

Se necessário, os antibióticos utilizados são: penicilinas, cefalosporinas de 1º geração e quinolonas (nível ambulatorial).

Podem-se associar analgésicos e anti-inflamatórios para a dor pós-drenagem.

Observações importantes

- A incisão deve cicatrizar entre 7 e 10 dias.
- Incisão com drenagem apenas é a terapia adequada para um abscesso subcutâneo simples.

ÉXERE DE CISTOS, LIPOMAS E NEVOS

Decorre da oclusão do conduto de uma glândula sebácea, resultando em acúmulo de secreção (sebo). As áreas mais afetadas são: couro cabeludo, pescoço e face.

Geralmente é assintomático, tem crescimento lento e atinge tamanhos variados. Apresenta-se como uma elevação local, pouco consistente, arredondada, ligada à pele por ducto excretor que se abre num orifício por onde se extrai, por meio de pressão, material amorfo, caseoso e fétido. Pode infectar, apresentando sinais logísticos.

Tratamento:

O tratamento do cisto não infectado é a exérese cirúrgica (com retirada da cápsula). Já o cisto infectado tem indicação de drenagem de abscesso simples, uma vez que a tentativa de retirar a cápsula pode propiciar propagação de infecção.

Materiais necessários para a realização do procedimento:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor
- Campos estéil

- Dreno de Penrose
- Pinça hemostática curva
- Pinça dente de rato
- Pinça anatômica
- Tesoura reta
- Tesoura curva
- Porta-agulha.
- Lâmina de bisturi n° 11.
- Soro fisiológico 0,9% 250 ml
- Gaze.
- Luva estéril
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12
- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
- Máscara e óculos para proteção.

Técnica:

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização;
2. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional.

A anestesia deve realizar-se aproximadamente sobre o meio da lesão, com o cuidado de injetar no subcutâneo.

4. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, de acordo com as linhas de força da pele.
5. Uma vez realizada a anestesia, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente até identificar a cápsula do cisto.
6. Ressecção do cisto, sem romper a cápsula. Se a cápsula for rompida durante o procedimento, retira-se todo o material interno e segue-se a sua total remoção.
7. Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.
8. Hemostasia.
9. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento. Se o espaço morto residual for importante, considerar o uso de um dreno de Penrose.
10. Curativo com gaze.

Lipoma

Tumor benigno de células adiposas, podendo estar presente em qualquer área do corpo em que há tecido adiposo: nas regiões do pescoço, dorso, nádegas e região proximal de extremidades. É o mais frequente dos tumores benignos tecidos moles.

Geralmente é assintomático, mas pode apresentar

dor discreta local e, devido a seu tamanho, pode apresentar compressão de estruturas adjacentes. De acordo com o tamanho, a pele que recobre essa tumoração pode ter aspecto de "casca de laranja".

Materiais necessários para a realização:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.

- Lidocaína 1% sem vasoconstritor
- Campos estéril

- Pinça hemostática curva
- Pinça dente de rato
- Pinça anatômica
- Tesoura reta e curva
- Porta-agulha.
- Lâmina de bisturi n° 11.
- Soro fisiológico 0,9 % 250 ml
- Gaze.
- Luva estéril
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12
- Agulha hipodérmica
- Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
- Máscara e óculos para proteção

Técnica:

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
- 2 O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tóxico disponível e cubra-a com o campo estéril.

3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente sobre o centro da lesão, com o cuidado de injetar no subcutâneo.
4. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, de acordo com as linhas de força da pele.
5. Uma vez realizada a anestesia, de acordo com as linhas de força da pele, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente até identificar o lipoma.
6. Ressecção do lipoma.
7. Irrigue a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.
8. Hemostasia.
9. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento (ver capítulo de sutura). Se o espaço morto residual for importante, considerar o uso de um dreno de Penrose.
10. Curativo com gaze.
11. Enviar o material retirado para análise anatomopatológica.

Nevos

São manchas cutâneas compostas por depósitos de pigmento melânico. São vários os subtipos: pigmentados; epidérmicos; dérmicos; hipodérmicos; hipocrômicos. Encontram-se espalhados por todo o corpo. São lesões pré-cancerígenas em alguns casos e, por isso, a importância de sempre enviar o material para análise anatomopatológica.

Materiais necessários:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstritor

- Campos estéreis.
- Pinça hemostática curva
- Pinça dente de rato
- Pinça anatômica

- Tesoura reta e curva
- Porta-agulha.
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Soro fisiológico 0,9 % 250 ml
- Gaze.
- Luva estéril
- Seringa de 5 ml
- Agulha 40 x 12
- Agulha hipodérmica
- Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
- Máscara e óculos para proteção

Técnica:

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A

anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro da lesão, na sua circunferência, com o cuidado de injetar no subcutâneo.

4. Faz-se incisão elíptica simples, sem margens ao redor da lesão.

5. Hemostasia.

6. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento

7. Curativo.

8. Colocar a peça cirúrgica num frasco com formol. Identificá-la e encaminhá-la para análise anatomopatológica. Sempre descrever a lesão e os sintomas para auxiliar o patologista.

Remoção de molusco contagioso

O molusco contagioso é uma doença dermatológica causada pelo vírus do gênero *Molluscipoxvirus*, da família *Poxviridae*. Afeta crianças, principalmente as atópicas, pacientes imunossuprimidos e adultos sexualmente ativos. A transmissão ocorre por contato direto com pessoas infectadas, por meio de fômites ou autoinoculação. O período de incubação é variável, geralmente de três semanas a três meses.

Na infância, o pico de incidência situa-se entre 3 e 10 anos e as pápulas localizam-se na face, tronco ou extremidades. Em adultos, a transmissão costuma ser sexual e as lesões, portanto, geralmente limitadas à região anogenital. A presença de lesões múltiplas na face, pescoço ou disseminadas em adultos sugere imunossupressão, devendo se atentar para infecção pelo HIV.

O diagnóstico é clínico com base no aspecto da lesão e do material obtido à expressão das pápulas. As lesões características do molusco contagioso são pápulas semiesféricas com centro umbilicado, peroladas, róseas ou da cor da própria pele, medindo de 3 a 6 mm, isoladas e bem delimitadas. São facilmente removíveis, eliminando material esbranquiçado com partículas virais

Usualmente as lesões são assintomáticas, mas podem apresentar eczema e prurido ao redor delas.

Tratamento:

Em geral, nos indivíduos imunocompetentes, as lesões envolvem espontaneamente em um a dois anos, não se justificando tratamentos mais agressivos que possam deixar cicatrizes.

Quando se opta pelo tratamento, pode ser realizada a remoção mecânica por meio da curetagem com posterior aplicação de tintura de iodo em cada lesão. Deve-se alertar o paciente quanto à possibilidade do aparecimento de novas lesões, dado o curso natural da infecção, que pode durar vários meses e não desenvolver imunidade definitiva.

Técnica

Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.

O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção.

Aplica-se espessa camada do creme anestésico* com aproximadamente 2,5 g por 10 cm². A aplicação deve ser feita sob bandagem oclusiva, com tempo de contato mínimo de 60 minutos.

Retira-se a bandagem e o creme anestésico e prepara-se a área afetada com um agente tópico disponível.

Procede-se à curetagem das lesões com uma agulha de calibre compatível com a lesão (geralmente usa-se a agulha 40 x 12). O médico deve observar se as lesões são muito grandes ou estão inflamadas, o que pode impedir o procedimento devido ao risco de infecção ou dor.

Após a curetagem, aplica-se álcool iodado em cada lesão.

* Geralmente são utilizados cremes à base de lidocaina 25 mg isolada ou associada à prilocaina (25/25 mg/g). A mistura eutética de anestésicos locais parece ser especialmente útil em crianças e para procedimentos cirúrgicos superficiais. Em crianças entre 3 e 12 meses de idade, a dose total não deverá exceder a 2 g, nem a área total de aplicação na pele deverá exceder a 16 centímetros quadrados, por um tempo máximo de quatro horas. Não está recomendado para crianças menores de três meses de idade.

Remoção de corpos estranhos

Quase todos os ferimentos causados por corpos estranhos têm o potencial de infecção e, devido ao pequeno orifício de entrada, devem-se considerar o bacilo do tétano e os organismos piogênicos comuns como os possíveis invasores. Assim, a profilaxia do tétano deve ser rotina no tratamento primário dos corpos estranhos nos tecidos moles.

O segundo problema diz respeito à questão sobre remover ou não o corpo estranho. Quando penetrado nos tecidos recentemente, ele é facilmente localizado e acessível. Nesses casos, no geral, tenta-se a remoção. Se, contudo, ele não determina quaisquer sintomas, é melhor deixá-lo permanecer. Esse julgamento é criterioso, e o paciente deve ser informado.

Quando se decide remover o corpo estranho, deve-se localizá-lo no tecido. Isso pode não ser difícil se o objeto é palpável, ou se é relativamente grande e o orifício de entrada estiver nitidamente visível. Se for pequeno e se localizar profundamente na gordura ou no músculo, a retirada é difícil. Particularmente quando não se pode localizá-lo com precisão nos tecidos, com ausência de referência a algum ponto na superfície da pele, que é válido para pequenos objetos pontiagudos, tais como agulhas, que podem migrar pelo tecido, como resultado da pressão local ou dos próprios movimentos.

Às vezes é necessário o uso de radiografias para determinar o local exato dos objetos.

Para retirada do corpo estranho, na maioria das vezes faz-se bloqueio anestésico local, tomando o cuidado com o edema formado, para não haver distorções anatômicas. Geralmente amplia-se o orifício de entrada, se for visível. Caso já esteja cicatrizado, faz-se nova incisão no local

Abaixo serão listados alguns procedimentos para retirada de alguns dos mais comuns corpos estranhos encontrados no dia a dia.

Farpas de madeira e metálicas

As farpas de madeira são muito comuns nos tecidos moles. Podem ser encontradas em qualquer parte do corpo, mas se apresentam mais frequentemente nas mãos, pés

R

e nádegas. Geralmente trata-se de um pedaço de árvore, parte de assoalho, palito de dente. Portanto, o potencial de tais feridas tornarem-se infectadas é alto, e o perigo para o tétano é real. Se a ferida estiver em bom aspecto, sem sinais flogísticos, não necessita uso de antibióticos. Como, na maioria das vezes, o objeto é pequeno, não há necessidade de suturar o ferimento, deixando a cicatrização ocorrer por segunda intenção.

Pedras e roupas

São comumente encontradas nos tecidos de ferimentos acidentais, especialmente em crianças. Com frequência sua presença não é reconhecida no momento que a ferida primária é tratada. Como resulta- do disso, permanece encravada no tecido por tempo considerável. Por fim, determina uma fistula de secreção crônica, purulenta. O tratamento consiste na incisão e retirada dela.

Vidro

É visto mais frequentemente nas mãos e nos pés, resultado de acidentes com quebra de objetos de vidro. Nos acidentes automobilísticos, pode-se encontrá-lo estilhaçado em qualquer parte do corpo, geralmente na frente e na face. A menos que se possa vê-lo, palpá-lo ou demonstrá-lo na radiografia, em geral é prudente tratar a ferida primariamente como uma laceração. Depois da cicatrização, o vidro torna-se evidente pela dor causada quando é comprimido.

Nesse caso, pode-se fazer uma incisão sobre o ponto doloroso e removê-lo.

Projeteis de arma de fogo

Esses corpos estranhos são radiopacos, portanto, facilmente visualizados por raio X. Só se deve retirar na UBS se houver possibilidade de fazer radiografia para precisar a localização dos projéteis, estiverem superficiais e provocando sintomas. Quando retirá-los, não suturar o ferimento; deixar a cicatrização ocorrer por segunda intenção.

Materiais necessários para o procedimento:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaina 1% sem vasoconstritor
- Campos estéril

- Pinça hemostática curva
- Pinça anatômica
- Pinça dente de rato
- Tesoura reta e curva
- Porta-agulha
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Fio de sutura nylon 3.0.
- Soro fisiológico 0,9 % 250ml
- Gaze.
- Dreno de Penrose.
- Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.

- Agulha 40 x 12 (rosa).

- Agulha hipodérmica (de insulina).

- Máscara e óculos para proteção.

Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. Determine o local do corpo estranho.

O procedimento deve ser realizado de maneira as- séptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tóxico disponível e cubra-a com o campo estéril.

Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduzir o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro do local do objeto. Cuidar com o edema que resulta, pois se podem perder os parâmetros da localização. Utiliza-se o orifício de entrada quando existente ou utiliza-se a cicatriz prévia como referência.

Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, que deve ser longa.

Uma vez realizada a anestesia, faz-se incisão longa e profunda o suficiente ao longo da linha da pele para promover a retirada do objeto, com auxílio das pinças.

Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.

Se o ferimento permitir, e for necessário, pode-se confeccionar uma sutura com pontos simples como nylon 3.0.

- Curativo com gaze.

Corpo estranho subungueal

As farpas que ficam sob as unhas podem ser retiradas com o auxílio de uma agulha rosa, sem anestesia local. Se houver insucesso ou for um objeto mais profundo, orienta-se fazer um bloqueio do dedo para promover ressecção segmentar da unha acima da farpa com um bisturi. Após a retirada, basta um curativo digital até que a ferida cicatrizes.

Ferimento por prego

Necessita-se da certeza de que não restou nenhum corpo estranho no ferimento, nem mesmo um pedaço do calçado que o paciente utilizava, nos casos em que o ferimento por prego for no pé.

NORMAS REGULAMENTARES PARA OS PLANTÕES DE SOBREAVISO

Os plantões de sobreaviso caracterizam-se pela disponibilidade de especialistas, fora da instituição, alcançáveis quando chamados para atender pacientes que lhes são destinados. O médico "de sobreaviso" está obrigado a se deslocar até o hospital, quando acionado, para

atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas.

Poucos hospitais, em geral localizados nos grandes centros urbanos, conseguem manter em seus plantões de emergência um contingente de 20 a 25 especialistas. Para a esmagadora maioria das unidades, uma decisão deste tipo tornaria inviável a prestação dos serviços, tanto do ponto de vista econômico quanto pela inexistência de profissionais disponíveis em todas as localidades.

DEFINIÇÃO

A modalidade de plantão médico de sobreaviso ou em disponibilidade de trabalho é ato médico e, só pode ser exercido por profissional médico devidamente registrado no CRM.

Define-se plantão de sobreaviso como a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

NORMAS

O médico em plantão de sobreaviso está disponível a qualquer momento em que for requisitado, mesmo não tendo sido exigida sua presença na instituição, ele tem por obrigação estar à disposição para os atendimentos que, se não ocorreram, o impossibilitam de outras atividades.

Portanto, o médico em plantão de sobreaviso, mesmo que não requisitado a comparecer ao local de plantão, deve receber o valor correspondente ao plantão.

Não, poderá um profissional médico exercer de maneira concomitante o plantão de sobreaviso em duas unidades pois há risco de necessidade momentânea de urgência nas duas, o que certamente colocaria em risco a saúde/vida do paciente. Constitui-se infração ética a simultaneidade dos plantões de sobreaviso em mais de uma Unidade

O plantonista de sobreaviso está obrigado a se deslocar até o hospital, quando acionado pelo médico plantonista, em até sessenta minutos, para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas.

O médico plantonista de sobreaviso só pode ser acionado por determinação do Diretor Técnico, da equipe médica ou do médico plantonista da Unidade Assistencial.

Ao acionar o médico plantonista, o médico que tomou tal decisão permaneça como responsável pelo atendimento do paciente até a chegada do colega, quando se definirá a responsabilidade pela continuidade da assistência.

O profissional escalado deve comunicar, com antecedência, ao Diretor Técnico sua impossibilidade de cumprir a escala de sobreaviso, para que seja possível sua substituição no período evitando, dessa maneira, a descontinuidade do atendimento.

A falta ao plantão reveste-se de características de infração ética.

A montagem das escalas de sobreaviso deve obedecer a parâmetros bem definidos que atendam perfeitamente as necessidades técnicas de demanda não eletiva, que não acarretem prejuízo ou riscos aos pacientes.

O plantonista de sobreaviso é suporte à emergência, tendo em vista que ele atua somente num segundo momento após a ação do clínico ou do cirurgião, que dariam o atendimento imediato ao paciente visando manter as condições mínimas hemodinâmicas, inclusive com medidas preparatórias para a realização do procedimento.

Os seguintes serviços não poderão trabalhar com plantões à distância no HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA:

- Trauma
- Medicina Intensiva

Apresentação de quadro de metas para a área médica (por especialidades) observados, em especial as consultas em ambulatório, internações hospitalares e de terapia intensiva

O IBGC irá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados ao número de procedimentos (QUANTIDADE) executados na assistência oferecida aos usuários do Hospital Estadual de Luziânia.

A produção realizada será encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO).

Para a composição das metas, considerou-se o perfil epidemiológico da região, a demanda de atendimentos e serviços identificada, a dificuldade de acesso à região, bem como a infraestrutura local, além da capacidade instalada no hospital, o tempo médio de funcionamento dos diversos setores da unidade, o tempo médio para realização de consultas, Inter consultas, exames, sessões de quimioterapia, cirurgias, cirurgias ambulatoriais, e internações.

São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

Internações Hospitalares

- a) saídas Clínica Médica
- b) saídas de Obstetrícia
- c) saídas Cirúrgicas Programadas
- d) saídas Cirúrgicas
- Cirurgias Programadas
- Cirurgias Ambulatoriais
- Consultas Ambulatoriais
- a) consulta médica na atenção especializada
- b) consulta multidisciplinar na atenção especializada

Cirurgias Ambulatoriais - Intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) **Atendimento Ambulatorial** - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médicas e multiprofissionais em ambulatório.

d) **Atendimento Ambulatorial** - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da rede de saúde e que foram regulados para a Unidade.

e) **Hospital Dia**: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

Os atendimentos de Urgência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o PARCEIRO PRIVADO deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

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).

- Será de inteira responsabilidade pelo PARCEIRO PRIVADO: o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la.

- Observado o disposto no parágrafo anterior, na hipótese do PARCEIRO PRIVADO ser demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam na tabela SUS-SIGTAP, será regressivamente cobrado do PARCEIRO PRIVADO os valores correspondentes.

- Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia ao PARCEIRO PRIVADO.

- Quando o PARCEIRO PRIVADO fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito e que não estejam disponíveis na tabela do SUS SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao PARCEIRO PÚBLICO.

- A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento.

- Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares.

- No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

a) Assistência por equipe médica especializada.

b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.

e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários

adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.

f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, incluindo os utilizados no Hospital Dia;

g) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação.

- h) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.
- i) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).
- j) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.
- k) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.
- l) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).
- m) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.
- n) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).
- o) Sangue e hemoderivados.
- p) Fornecimento de roupas hospitalares.
- q) Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.
- r) Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.
- s) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

Hospital Dia

Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, serão informados para a SES/GO mensalmente.

O IBGC atenderá todos os casos de urgência/emergência demanda espontânea, regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

As saídas cirúrgicas referente à Urgência/Emergência resultantes de internação hospitalar, os atendimentos do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem meta do referido contrato, porém o IBGC deverá informar mensalmente a produção realizada.

Internações Hospitalares

A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 200 saídas de Clínica Médica 104 saídas obstétricas, 104 saídas cirúrgicas programadas e 129 saídas cirúrgicas com variação de $\pm 10\%$, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 06. Metas de saídas hospitalares para o Hospital Estadual de Luziânia

Internação (saídas hospitalares)	Meta mensal	Meta 12 meses
Clínica Médica	200	2400
Clínica Cirúrgica	129	1548
Cirúrgica Programada	104	1248
Obstétrica	104	1248

Obs.: Para o cálculo das saídas hospitalares, considerou-se o número de leitos de internação, a taxa de ocupação de 85% para enfermarias e de 90% para as Unidades de Terapia Intensiva; e os tempos médios de permanência (TMP) para clínica médica 4 dias, obstétrica 2 dias, cirúrgica programadas 2 dias e cirúrgica 3 dias.

Cirurgias Ambulatoriais

O IBGC deverá realizar 176 cirurgias ambulatoriais conforme perfil dos pacientes atendidos pela Unidade, com variação de até $\pm 10\%$. Os pacientes poderão ser encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual, emergenciais, bem como ter a necessidade do procedimento detectada durante o acompanhamento dos pacientes atendidos pelo hospital.

O IBGC deverá informar os procedimentos realizados mensalmente.

Metas de cirurgias ambulatoriais para o Hospital Estadual de Luziânia

Cirurgias Ambulatoriais	Meta mensal	Meta 12 meses
Cirurgia ambulatorial	176	2.112

Obs.: Para o cálculo das cirurgias ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada e a potencialidade de realizar os procedimentos sem necessidade de internação, mantendo o perfil de atendimento da Unidade

Cirurgias programadas

Cirurgias Programadas	Meta mensal	Meta 12 meses
Cirurgias Programadas	104	1248

Consultas Ambulatoriais

O Hospital Estadual de Luziânia deverá realizar produção mensal de 2000 consultas médicas, 1074 consultas Multiprofissionais e 528 consultas médicas oncológicas, com variação de até $\pm 10\%$.

Metas de consultas ambulatoriais para o Hospital Estadual de Luziânia:

Ambulatório	Meta mensal	Meta 12 meses
Consulta médica na atenção especializada	1114	13.368
Consulta multiprofissionais na atenção especializada	792	9.504
Total	1.906	22.872

R

Obs.: Para o cálculo das consultas ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada de consultórios e a possibilidade de otimização do

tempo e dias para atendimento

Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente.

O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde.

SADT Externo

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames de colonoscopia, ecocardiograma, eletrocardiograma, endoscopia, holter, MAPA, Raio- x, tomografia computadorizada (TC), ultrassonografia/ Doppler, ultrassonografia a pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

A Unidade Hospitalar deverá ofertar e realizar ao menos mensalmente 60 exames de colonoscopia, 40 exames de ecocardiograma, 80 exames de eletrocardiograma, 50 endoscopia, 80 exames de Raio- x, 600 tomografia computadorizada (TC), 40 exames de ultrassonografia/ Doppler, 400 exames de ultrassonografia para pacientes externos, com variação de até $\pm 10\%$, sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

Metas de exames para o SADT Externo do Hospital Estadual de Luziânia

Exame	Meta mensal	Meta 12 meses
Colonoscopia	60	720
Eletrocardiograma	40	960
Ecocardiograma	40	480
Endoscopia	50	600
Raio- x	80	960

Tomografia	600	7200
Ultrassonografia	400	4800
Ultrassonografia/ Doppler	40	480

Obs: Será monitorado e acompanhado a necessidade de inclusão caso seja necessário.

Hospital Dia

A Unidade Hospitalar deverá realizar **200** atendimentos no Hospital Dia por mês, com variação de até $\pm 10\%$.

Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

Metas de atendimentos para o Hospital Dia do Hospital Estadual de Luziânia:

Hospital Dia	Meta mensal	Meta 12 meses
Atendimentos	176	2.112

ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (ÂMBITO HOSPITALAR)

O **IBGC** deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e, mensalmente, a meta é atender todos usuários de demanda espontânea ou referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

Entende-se por SADT Interno os serviços dispensados aos pacientes que estão em acompanhamento no hospital, incluindo os atendidos no Pronto Socorro.

Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

Destaca-se que nos serviços ambulatoriais incluem-se os multiprofissionais contemplados na instituição:

- Farmácia Ambulatorial
- Psicologia
- Fonoaudiologia,
- Enfermagem;
- Terapia Ocupacional,
- Serviço Social,
- Nutrição
- Fisioterapia.

Apresentação de quadro de pessoal técnico por área de atividade profissional (por especialidades), compatível com as atividades do plano de trabalho.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Quantitativo de Pessoal	Carga Horária
Assistente Social	8	30
Enfermeiro Diurno	60	36
Enfermeiro noturno	40	36
Farmacêutico Diurno	6	44
Farmacêutico Noturno	4	44
Fisioterapeuta diurno	14	30
Fisioterapeuta noturno	10	30
Fonoaudiólogo	8	30
Nutricionista	6	30
Psicólogo	8	30
Técnico de Enfermagem Diurno	90	36
Técnico de Enfermagem noturno	70	36
Técnico em Higiene Dental	2	20
Terapeuta ocupacional	8	30
Diretor Geral	1	44
Diretor Técnico	1	44
Diretor Administrativo	1	44
Gerente de Enfermagem	1	44
Coordenador de Enfermagem	6	44
Coordenador de Farmácia	1	44
Coordenador de Nutrição	1	44
Coordendor Multi	1	44
Coordenador de RH	1	44
Coordenador de Qualidade	1	44
Coordenador Administrativo	1	44
Coordenador Financeiro	1	44

Coordenador de Apoio Assistencial	1	44
Coordenador Operacional	1	44
Coordenador de Enfermagem	1	44
Analista de Departamento Pessoal	1	44
Analista de RH	1	44
Analista de Suporte de TI	1	44
Assistente Administrativo nível 1	10	44
Assistente Administrativo nível 2	30	44
Assistente de Almoxarifado	2	44
Assistente de Farmácia Diurno	3	44
Assistente de Farmácia Noturno	2	44
Assistente de Faturamento	3	44
Biblioteconomista	2	44
Assessor Jurídico	1	30
Assessor de Compliance	1	30
Biomédico	4	20
Dietista/Técnico de Nutrição	8	20
Encarregado administrativo	2	44
Motorista	6	44
Supervisor de TI	2	44
Supervisor de Almoxarifado	1	44
Supervisor de Apoio Administrativo	1	44
Supervisor de Faturamento	1	44
Supervisor de Nutrição	1	44
Supervisor de Prestação de Contas	1	44
Secretária Executiva	2	44
Técnico de Hemoterapia	4	44
Técnico de Segurança do Trabalho	4	44



PROTÓCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIA, UTI, CME, BLOCO
CIRÚRGICO, ONCOLOGIA E DE PEDIATRIA

Conteúdo constante no anexo V.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be the letter 'R', is located in the bottom right corner of the page.

**INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL COM ESPECIFICAÇÃO DE
ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, DEFINIDAS AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO
E EQUIPE MÍNIMA**

Quando se pensa na atividade de serviço social, é impossível dissociá-la do bem estar da coletividade.

Deste modo, cabe ao Assistente Social contribuir com a qualidade de vida e na saúde do usuário do Hospital Estadual de Luziânia, visitantes, acompanhantes, além claro dos seus familiares.

O assistente social, traz consigo a competência da busca da justiça social, almejando sempre assegurar a universalidade do acesso aos bens e serviços relativos aos Programas e Políticas Sociais, bem como a sua gestão democrática. Aliás, trata-se esta competência, da busca pela observância aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

HORÁRIO DE ATUAÇÃO:

No Hospital Estadual de Luziânia os profissionais do Serviço Social, atuarão na integralidade da carteira de serviços da unidade, nas 24 (vinte e quatro) horas de funcionamento diário, em turnos de 6 (seis) horas, cumprindo jornada de trabalho semanal de 30 horas nos termos da Lei n° 12.317/2020.

ESTRUTURA E EQUIPE MÍNIMA

A Resolução n° 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social é a legislação que reconhece o profissional de Assistente Social no âmbito da saúde.

O regramento ético aplicável, e os direitos e deveres aos profissionais assistentes sociais está contido no Código de Ética e as Resolução do CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.

A Lei n° 12317/2010 determina a jornada de trabalho aplicável aos profissionais do serviço social, atribuindo-lhes uma carga horária de 30(trinta) horas semanais.

Recomenda-se que um assistente social, realize três consultas/hora/turno de atendimento,

Estimando-se que 10% dos pacientes que busquem a unidade a cada dia, acabam por levar alguma questão ao Serviço Social todos os dias.

Deste modo, teremos, seguindo as metas estabelecidas uma média de 87 atendimentos (somadas as metas de toda a carteira de serviços da unidade e dividida por 30 (trinta) dias de atendimento (mensal). Destes 70% buscarão atendimento nas doze horas dos plantões diurnos, ou seja 60 pacientes no intervalo das 7 – 19hs.

Assim, propomos dois assistentes sociais no turno das 7 hs às 13 hs e outros dois das 13 às 19 h. Além de dois plantonistas por turno noturno (das 19:00 às 01:00 e outro das 01:00 às 07:00hs). Pensando na carga horária máxima e objetivando que os fins de semana também sejam contemplados pelo importante serviço prestado pelo assistente social, propomos 2 (dois) plantonista para o fim de semana, chegando-se assim à uma equipe de 8 (oito) profissionais do Serviço Social.

Requisitos para o exercício da função:

- Coordenador do Setor de Serviço Social: Bacharel em Serviço Social, devidamente registrado no Conselho Regional de Serviço Social;
- Assistentes sociais: bacharel em serviço social devidamente registrado no Registrado no Conselho Regional de Serviço Social;
- Os atendimentos sociais serão realizados na própria estrutura do Hospital Estadual de Luziânia, nos consultórios destinados para a realização da avaliação social do paciente, assim como para a prestação de serviços de orientação e demais formas de encaminhamentos.

DESCRIÇÃO DO CARGO:

CARGO: ASSISTENTE SOCIAL

SUBORDINAÇÃO: DIRETORIA ADMINISTRATIVA

ÁREA: Serviço Social – Apoio a Assistência

5. Objetivo: Proporcionar atendimento de serviço social aos pacientes e aos seus familiares durante a permanência no Hospital Estadual de Luziânia.

6. Atribuições:

- Fazer os encaminhamentos corretos e acompanhar o paciente em suas demandas (referência e contra referência);
- Buscar intermediar contato entre o paciente e a rede de apoio e proteção social quando necessário;
- Proporcionar a recuperação do paciente e sua reintegração ao ambiente familiar e social;
- Nos assuntos que se referem a assistência social, estar sempre disposto a atender e orientar o paciente e seus familiares.

8. Experiência requerida: atuação em ambiente hospital ou ambulatorial

O Assistente Social, é um profissional de saúde, que tem como atribuições agir junto as questões de cunho social, cultural e econômicas, de modo a maximizar a eficácia da prestação de serviços na unidade, aumentando o nível de promoção e proteção à saúde.

O Assistente Social lotado no Hospital Estadual de Luziânia, atuará na busca por direitos aos usuários dos serviços da unidade, sobretudo quando estes colidirem com as normas institucionais, sempre almejando a conciliação e cooperação.

A atuação do setor de Serviço Social, se norteia pelas diretrizes definidas no documento "Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde".

NORMATIVAS:

Das competências:

Compete ao Coordenador do Setor:

- Realizar estudos sobre as demandas do setor;
- Inspeccionar as atividades técnicas e administrativas do Setor de Serviço Social;
- Assessorar o Diretor Geral da unidade no que lhe competir;
- Planejar, inspeccionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de atividades no setor;

- Propor ao Diretor Geral a necessidade de contratação ou dispensa de colaboradores sob sua responsabilidade;
- Participar de reuniões com temáticas que lhe forem pertinentes;
- Contribuir na contratação de recursos humanos prevendo o quantitativo necessário ao Setor Social e fazer a distribuição destes;
- Manter articulação com os demais serviços da unidade; sempre almejando melhor atendimento;
- Fazer relatório e atividades mensal;
- Aprovar o Plano de Férias anual dos colaboradores do setor;
- Zelar pela guarda, controle e conservação dos equipamentos e materiais que utilizar.

Compete aos Assistentes Sociais:

- Desempenhar suas funções no Serviço Social;
- Prestar orientação aos usuários do Hospital Estadual de Luziânia, bem como aos seus familiares;
- Realizar atendimento social, encaminhamento social, visita social, triagem social;
- Buscar a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais no Hospital Estadual de Luziânia;
- Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais e pareceres sociais;
- Comandar e participar de pesquisas que proporcionem melhores condições de saúde aos usuários;
- Analisar o processo saúde-doença dos usuários e atuar com relação a situação econômica e cultural dos pacientes;
- Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- Objetivar a integração entre os profissionais interdisciplinares no Hospital Estadual de Luziânia, de modo que se interprete a problemática do paciente e a sua situação social;
- Atuar para a humanização do atendimento em saúde;
- Se responsabilizar por seus procedimentos técnicos;
- Supervisionar e avaliar os estagiários do serviço social;
- Buscar sempre a eficiência dos serviços;
- Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais

dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.

ROTINAS:

Atendimento do profissional Assistente Social no Ambulatório e SADT:

Tal documento, visa orientar a condução do profissional no exercício de seu ofício no atendimento externo, ambulatório e SADT.

- Estar sempre disponível para atender aos usuários;
- Acolher os usuários e seus familiares;
- Entrevistar ou proceder com estudo social, que vise entender a situação socioeconômica do usuário e de sua família, almejando intervir estrategicamente;
- Acompanhar o início das atividades dos setores;
- Fazer interlocução com a equipe multiprofissional, ou outras instituições objetivando proporcionar o atendimento necessário para a demanda;
- Formalizar o encaminhamento, quando necessário;
- Realizar o registro dos atendimentos no sistema da unidade, do paciente com o setor de Serviço Social, objetivando sempre compartilhar as informações, encaminhamentos e intervenções;
- Realizar todas as demais tarefas que surgirem no desempenho de sua função.

ATUAÇÃO FRENTE A CASO ATÍPICO DE ÓBITO:

Em casos como este, o profissional do Serviço Social tem papel essencial na condução da situação, agindo sobretudo do seguinte modo:

- Prestar assistência aos familiares e rede de apoio;
- Promover o acesso dos familiares aos serviços disponíveis na rede de apoio social;
- Acolher a familiares e acompanhante de usuário que veio a óbito;
- Facilitar a realização de contato telefônico com os demais familiares/rede de apoio social/rede de apoio para comunicação ao óbito;

R

- Contatar a rede de proteção social do município de residência do usuário para obter informações sobre os serviços, fazer os encaminhamentos necessários para a obtenção de auxílio-funeral e os demais benefícios disponíveis;
- Orientação sobre trâmites legais para a obtenção da Certidão de Óbito, o qual é fornecido gratuitamente no cartório mais próximo no prazo máximo de 15 dias.

ATIVIDADES REALIZADAS PELOS PRECEPTORES E RESIDENTES DE SERVIÇO SOCIAL:

Objetivo: Orientar a atuação de preceptores e residentes de serviço Social:

Preceptor Assistente Social:

- Orientar e supervisionar a execução das atividades no local onde ocorrem as atividades;
- Elaborar o planejamento da supervisão;
- Construir plano de trabalho em conjunto com a tutoria da universidade e os residentes;
- Executar atividades de orientação e supervisão de acordo com o planejamento e o plano de trabalho delimitados;
- Realizar as avaliações periodicamente e dentro das determinações do plano de trabalho;
- Participar das reuniões e eventos interdisciplinares;
- Participar periodicamente das capacitações para preceptores e tutores;
- Participar das reuniões de preceptoria e/ou tutoria;
- Atender ao processo de assistência do SUS, de planejamento e gestão institucional;
- Inserir-se de forma crítica positiva em processos coletivos de trabalho;
- Trabalhar de maneira multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, tendo em vista a perspectiva de integralidade do SUS;

R

- Realizar atendimentos individuais, familiares/rede de apoio social e coletivos de forma a considerar os impactos no processo saúde/doença na vida pessoal, familiar, social e profissional do indivíduo e das famílias;
- Ser dinâmico na articulação e acionamento dos recursos disponíveis nas redes de proteção social;
- Definir seu objeto de trabalho no âmbito das expressões da questão social direcionando suas ações profissionais à proteção social na forma de acesso e garantia dos direitos sociais;
- Ter capacidade de sistematizar, pesquisar e articular o seu processo de trabalho nas dimensões da educação e promoção em saúde, vigilância em saúde, sistemas de informação, saúde do trabalhador e controle social;

Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima

O cuidado em saúde com o usuário como é o caso do modelo do Hospital Estadual de Luziânia, exige que o paciente seja visto e assistido sobre um enfoque multiprofissional e de maneira interdisciplinar.

Nesse sentido, definir atribuições gerais ao corpo de colaboradores multiprofissional, de forma a padronizar as situações e modos operacionais, e sobretudo garantir assistência segura aos pacientes é uma preocupação dessa proponente.

Compete ao serviços assistenciais:

- I – Observar e cumprir fielmente o presente regulamento;
- II- Observar as políticas definidas pela área de Gestão de Pessoas, tanto no processo seletivo, como na condução de sua atividade laboral;
- III- Estabelecer um fluxo de trabalho organizado, ampliando o atendimento e acesso;
- IV- Promover qualidade assistencial e segurança que observe os critérios legais e internamente estabelecidos pela unidade;
- V- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança do paciente em todo o atendimento ambulatorial, e procedimento ou exames na unidade;
- VI -Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos;
- VII - Elaborar, propor e analisar os indicadores e resultados do serviço, acompanhando, apresentando e definindo ações preventivas e corretivas, buscando melhorias contínuas e prestando suporte a análises e decisões estratégicas;
- VIII – Proporcionar integração da equipe multiprofissional, organizando reuniões periodicamente e debate dos casos clínicos a serem avaliados;
- IX- Estimular a prática da pesquisa científica ao campo de atuação de cada serviço;
- X – Observar e fazer cumprir as diretrizes e normativas e pautar sua ação profissional em tais documentos;
- XI – Atuar de modo a garantir a educação continuada entre os colaboradores, buscando sempre o aprimoramento de suas habilidades;
- XII- Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes e aos funcionários;
- XIII – Proporcionar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para garantir qualidade na assistência;

R

XIV – Guardar e cuidar da manutenção de materiais e equipamentos, mantendo o controle e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários para o funcionamento da unidade;

XV – Demais atribuições inerentes ao desempenho eficiente de sua função.

No Hospital Estadual de Luziânia serão consideradas a seguinte carteira de serviços e áreas de atuação da equipe multidisciplinar:

- Internação;
- Clínica Médica;
- Clínica Cirúrgica;
- Clínica Obstétrica;
- Ambulatório;
- Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais; intervenções cirúrgicas ambulatoriais;
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT; exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Leito dia.

A equipe multiprofissional do Hospital Estadual de Luziânia contará com a liderança e suporte de uma Coordenação Multiprofissional, que será coordenada por um profissional de enfermagem. À essa coordenação estará vinculada as seguintes áreas multiprofissionais:

- - **Psicologia**
- - **Serviço Social**
- - **Fisioterapia**
- - **Fonoaudiologia**
- - **Terapia Ocupacional**
- - **Farmácia**
- - **Nutrição**
- **Enfermagem.**

R

Caberá ao coordenador multiprofissional:

- I – Orientar a utilização dos recursos humanos e materiais disponíveis, em conformidade com as demais coordenações, visando atualizar e suprir as necessidades de suas áreas;
- II- Coordenar em conjunto com os líderes das áreas que coordena as atividades, processos, almejando resultado eficientes e adequando condutas caso não sejam satisfatórios;
- III - Propor a integração dos procedimentos médicos, assistenciais e administrativos no que for de sua atribuição;
- IV- Propor a forma de monitoramento dos prazos de agendamento e de realização das atividades assistenciais;
- V- Incentivar o uso de sistema informatizado do Hospital Estadual de Luziânia, permitindo o compartilhamento das informações do paciente tanto no âmbito operacional como no gerencial e científico;
- VI- Propor melhorias nos processos de controle e movimentação dos prontuários de pacientes;
- VII – Buscar aprimoramento no método de execução dos processos de auditorias que estiver em sua área de ação;
- VIII - Cumprir atribuições contidas neste Regulamento, bem como os contidos em Regimento Interno de áreas que lhe sejam afetas;

A Coordenação Multiprofissional subordina-se à Gerência Assistencial.

Cabe a equipe multiprofissional do Hospital Estadual de Luziânia:

- I - Participar e cumprir toda as regras do processo seletivo em observância com as políticas e estratégias de Gestão de Pessoas da unidade;
- II - Agir para uma melhora no relacionamento interpessoal entre os profissionais com vistas à ação assistencial integrada, resolutiva e humanizada junto aos pacientes;
- III – Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos na instituição;
- IV - Encontrar as ameaças dos processos de trabalho e desenvolver ações para criação de regras, políticas e procedimentos para prevenir, identificar e minimizar a ocorrência de eventos não esperados;



V - Promover interação da equipe multiprofissional com reuniões periódicas para discussão de casos clínicos da unidade;

VI - Promover pesquisas científicas em assuntos pertinentes a cada serviço;

VII - Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes, familiares e colaboradores;

VIII – Proporcionar um ambiente de colaboração mútua entre todos os colaboradores facilitando a execução dos processos;

IX - Disponibilizar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para assegurar uma assistência qualificada e personalizada em situações rotineiras;

X- Conservar materiais e equipamentos em condições para guarda, controle, manutenção e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários;

XI Conservar materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;

XII. Atuar em conjunto com o serviço de Controle de Infecção Ambulatorial relacionado à assistência à saúde no planejamento e na supervisão do cumprimento das ações de controle de infecção;

XIII - Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar o processo e os serviços de assistência de enfermagem;

XIV - Planejar, organizar, coordenar e avaliar as atividades técnicas e auxiliares de enfermagem nas unidades assistenciais;

XV - Elaborar, executar e participar dos eventos de capacitação da equipe de enfermagem;

XVI - Implementar ações para a promoção da saúde;

ENFERMAGEM

A unidade de Enfermagem, compete:

- Auxiliar na assistência de Enfermagem;
- Responder pelos mapas de medicamentos e entrega dos mesmos e outros mapas implantados pelo Ministério da Saúde;

R

- Elaborar fluxograma de atendimento do serviço;
- Elaborar projetos que visem a melhoria da qualidade técnica e humana dos profissionais da equipe;
- Elaborar junto com a equipe, protocolos que visem a melhoria da assistência;
- Participar de treinamentos;
- Auxiliar o médico nos acompanhamentos dos pacientes atendidos quando for solicitado;
- Auxiliar na supervisão dos acadêmicos de Enfermagem;
- Realizar campanhas de prevenção de agravos conforme solicitado;
- Realizar orientações diversas e atendimentos aos usuários.

PSICOLOGIA

A Unidade de Psicologia, no cumprimento de suas atribuições, deve:

- I - Assistir psicologicamente a pacientes do ambulatório e famílias, em todo seu processo de adoecer, identificando e interferindo nos cursos dos desajustes emocionais, por meio de instrumentos/ programas multiprofissionais na assistência ao paciente e família, tanto na forma individual como em grupo;
- II - Participar de programas multiprofissionais na assistência ao paciente e família;
- III- Emitir relatórios, disponibilizando-os na forma eletrônica, em tempo hábil para uso de toda equipe de saúde as atualizações das ações e orientações decorrentes do acompanhamento psicológico;
- IV - Participar de reuniões de equipe de saúde para discussão clínica de casos específicos, bem como das propostas para o funcionamento integrado;
- V - Estabelecer normas e critérios de avaliação dos atendimentos prestados a pacientes e familiares;
- VI - Facilitar a interpretação dos dados psicológicos às equipes médicas, de enfermagem e multiprofissionais, visando ao planejamento integrado das ações biopsicossociais;
- VII - manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com rotina estabelecida;
- VII- manter banco de dados de recursos em saúde mental da comunidade para encaminhamento quando se fizer necessário;
- VIII- Apresentar relatório mensal e anual de atividades;

R

IX- Estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessário;

X - Viabilizar as etapas previstas para a execução com qualidade dos planos de ensino e projetos de pesquisas;

XI - fazer a intermediação entre a Unidade de Psicologia com as instâncias internas pertinentes, bem como com os órgãos externos, no tocante a ensino e pesquisa;

SERVIÇO SOCIAL

A Unidade do Serviço Social, no cumprimento de suas atribuições, deve:

I - Atender os pacientes e familiares, utilizando os instrumentais teóricos metodológicos;

II- Acompanhar a adesão ao tratamento de pacientes;

III - Agilizar recursos mediante a possibilidades de facilitar ou melhorar qualidade deste atendimento;

IV- Planejar ações em conjunto com as equipes com o objetivo de socializar a educação em saúde preventiva;

V- Informar, orientar e encaminhar o paciente a rede sócio- assistencial;

VI - Participar das reuniões de equipe para maior integração das mesmas;

VII - Supervisionar estagiário do Serviço Social;

VIII - Colaborar na elaboração de projetos,

IX - Realizar reuniões de grupo;

X- Realizar atividades grupais com pacientes e familiares para reflexão do processo saúde- doença;

XI - Realizar atendimento ao paciente dos Programas preestabelecidos;

XII - Esclarecer e interpretar ao paciente/ familiar, normas e rotinas institucionais;

XIII - - Esclarecer e refletir com o paciente e familiar as possíveis intercorrências que envolvam a sua participação e adesão ao tratamento médico proposto;

XIV - identificar e encaminhar os processos relacionados ao abandono do tratamento médico;

XV- Interpretar ao paciente/familiar, os programas de atendimento do hospital, visando otimizar a utilização dos recursos oferecidos;

XVI - Levantar situação que indique maus tratos e/ou negligência e conduzir conforme necessidade.

FISIOTERAPIA

A Unidade de Fisioterapia tem as seguintes atribuições:

I- Estabelecer, organizar e implementar os programas de assistência fisioterapêutica aos pacientes da unidade;

II- Identificar, planejar e coordenar ações de treinamento e desenvolvimento de pessoas, necessárias ao aprimoramento, manutenção e inovação do padrão de excelência na assistência fisioterapêutica, de acordo com as diretrizes institucionais;

III - Promover o estudo e a padronização de técnicas compatíveis com o desenvolvimento de novas tecnologias;

IV- Identificar, promover e coordenar ações de ensino e capacitação profissional na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas educacionais internas e externas;

V- Desenvolver ações de pesquisa e produção de conhecimento técnico-científico na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas internas e externas;

VI - Participar de projetos de pesquisa que requeiram o suporte da Fisioterapia;

VII - promover a qualidade dos serviços prestados por meio de estratégias inovadoras e gestão dos sistemas de qualidade;

VIII - Observar os procedimentos definidos pela legislação pertinente;

IX - Cumprir e fazer cumprir as determinações administrativas da Gerência Assistencial e Coordenação Multidisciplinar;

X - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

FONAUDIOLOGIA

A equipe de Fonoaudiologia tem as seguintes atribuições:

I - Cumprir e fazer cumprir as determinações administrativas da Gerência Assistencial da instituição;

R

- II - Cumprir e fazer cumprir as determinações técnico-assistenciais da Divisão de Fonoaudiologia;
- III - Orientar e dar apoio aos responsáveis pelo processo de atendimento aos pacientes institucionais nas suas solicitações e em eventuais demandas de pacientes e/ou familiares em sua área de atuação;
- IV - Operacionalizar fluxos, rotinas, protocolos e critérios para o atendimento e quaisquer outras que venham a ser constituídas onde houver atuação fonoaudiológica, visando à minimização dos impactos e riscos assistenciais;
- V- Executar as tarefas, atendendo a Norma Regulamentadora 5.32 e promovendo a saúde e segurança ocupacional, dentro das diretrizes corporativas;
- VII - promover a gestão da qualidade na prática operacional e assistencial;
- VIII— propor medidas que visem ao aprimoramento técnico e científico das atividades desenvolvidas;
- IX - Planejar, executar e controlar a produção e demais atividades técnicas das áreas;
- X - Garantir a regularidade das atividades técnicas na Área;
- XI- promover e apoiar as atividades de ensino e pesquisa na Área, de acordo com padrões estabelecidos pela Divisão;
- XI- garantir o uso das tecnologias disponibilizadas para as rotinas diagnósticas dentro das especificações dos fabricantes;
- XII — zelar pelo bom uso e preservação das instalações e dos recursos disponibilizados para a realização das atividades;
- XIII- - participar de comissões internas onde for designado;

- XIV - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.
- XV - Realizar a assistência fonoaudiológica nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, de acordo com procedimentos, rotinas e protocolos previamente estabelecidos;
- XVI - Divulgar as escalas de trabalho às equipes de profissionais envolvidas em local de fácil acesso;
- XVII - Prestar atendimento diário;
- XVIII - Prestar o primeiro atendimento frente ao pedido médico de interconsulta pelo sistema e deve acontecer nas primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o pedido de interconsulta, conforme quadro operacional;
- XIX - Coletar os indicadores, analisar e disponibilizar às equipes;
- XX - Emitir relatórios mensais de produção para elaboração de indicadores de processos, disponibilizando-os internamente para melhoria de processos e externamente às áreas de interesse.

TERAPIA OCUPACIONAL

O Setor Terapia Ocupacional tem as seguintes atribuições:

- I - Garantir assistência em suas várias formas aos pacientes e o tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos;
- II - Executar métodos e técnicas terapêutico ocupacionais, objetivando promover o desempenho ocupacional satisfatório do paciente, restaurando, desenvolvendo e conservando sua funcionalidade em todas as áreas de ocupação;
- III - Realizar diagnósticos, intervenções e tratamentos de pacientes, utilizando os devidos procedimentos de terapia ocupacional;
- IV - Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis;
- V - Desenvolver e organizar programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida;

R

- VI - Participar de reuniões e visitas clínicas do seu setor de trabalho;
- VII - participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;
- VIII - elaborar e revisar protocolos e procedimentos operacionais padrão relacionados a sua área de atuação;
- IX - Desenvolver e participar de orientações, treinamento e aperfeiçoamento de pessoal por meio de programas de educação continuada e/ou de cursos de aperfeiçoamento/especialização voltados à comunidade profissional;
- X - Desenvolver e participar de projetos de pesquisa na sua Unidade específica e/ou conjunta com outras disciplinas/unidades, visando à consecução dos objetivos da Unidade de Terapia Ocupacional;
- XI — Dispor de programas de avaliação das atividades executadas, acompanhando a qualidade dos serviços prestados;
- XII - Propor e observar normas para a utilização da Unidade no campo de ensino, primordialmente no desenvolvimento após a graduação, de profissionais psicólogos nas formas de aprimoramento, especialização e residência, participando da execução de programas de ensino;
- XIII - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

R

FARMÁCIA

Ao setor de Farmácia compete:

- I - Realizar orientações e entrega de medicamentos;
- II - Responder pelos mapas de medicamentos;
- III- Solicitar medicamentos e insumos;
- IV - Manter organizado a farmácia;
- V - Receber, estocar e controlar a medicações;
- VI – Zelar pela adesão e disponibilidade de medicamento ao paciente;
- VII - Remanejar medicações evitando perda por validade.
- VIII - Trabalhar de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;
- IX - Realizar o seguimento farmacoterapêutico dos pacientes;
- X - Participar da definição do plano terapêutico dos pacientes;
- XI - Realizar reuniões sistematizadas com a equipe funcional;
- XII - Participar de ações de ensino e pesquisa;
- XII - Elaborar, atualizar e monitorar os protocolos da assistência farmacêutica, notas técnicas, manuais e procedimentos operacionais padrão;
- XIII - Identificar, avaliar, notificar e monitorar os eventos adversos e queixas técnicas de Farmacovigilância e Tecno vigilância;
- XIV - Realizar ações de gestão físico-financeira da assistência farmacêutica clínica, conforme os protocolos institucionais;
- XV - Viabilizar canal de comunicação direta com o paciente e monitorar o atendimento das solicitações da Ouvidoria;
- XVI - Realizar análise crítica de desempenho frente aos resultados dos indicadores e metas estabelecidas.

NUTRIÇÃO

Ao setor de Nutrição compete:

- I - Avaliar o estado nutricional do paciente, a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;

- II- Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução nutricional do paciente, quando necessário;
- III - Prescrever complementos nutricionais, quando necessário;
- IV - Registrar em prontuário do paciente a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e alta em nutrição;
- V - Promover orientação e educação alimentar e nutricional aos pacientes;
- VI - Elaborar e/ou controlar programas e projetos específicos de assistência alimentar a grupos vulneráveis da população;
- VII - Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao paciente;
- VIII- Desenvolver estudos e pesquisas relacionadas à área de atuação.
- IX - Garantir o registro claro e preciso, em prontuário único do paciente, de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente e acompanhamento;
- X- Gerenciar por meio de indicadores a qualidade da terapia nutricional prestada aos pacientes, propondo planos de ações para melhorias;
- XI- Realizar projetos de pesquisa, visando atender aos objetivos da Área, da Unidade, da Instituição;
- XII - Prestar assessoria e consultoria técnica às demais estruturas organizacionais e órgãos externos;

HORÁRIO:

Os profissionais da equipe multidisciplinar atuarão em cargas horárias de 6 (seis) horas dias, de 7 às 13 hs e 13 às 19 hs , de 19:00 às 01:00, de 01:00 às 07:00 hs.

ABRANGÊNCIA, ESTRUTURA E EQUIPE MÍNIMA

FISIOTERAPIA: O serviço de fisioterapia integra o corpo de profissionais do Hospital Estadual de Luziânia e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Atuará também na internação e reabilitação de pacientes. Atuará junto aos pacientes nas diversas multi-especialidades, e permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção fisioterapêutica e possibilitará adequação da equipe.

Contará com uma equipe formada por 24 (vinte e quatro) fisioterapeutas e realizarão atendimentos aos usuários, visitantes, acompanhantes, familiares/rede de apoio social, 14 profissionais no período diurno e 10 (dez) no período noturno.

FARMÁCIA: O serviço de farmácia integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Atuará em toda a unidade, respondendo pelos mapas de medicamentos, solicitando medicamentos e insumos de prevenção; mantendo organizado a farmácia e trabalhando de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;

Contará com uma equipe formada por 10 (dez) farmacêuticos e realizarão atendimentos aos usuários e setores, sendo 6 profissionais diuturnamente e 4 profissionais no turno noturno na unidade.

PSICOLOGIA: O serviço de Psicologia integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Os pacientes nas diversas multi-especialidades, permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção psicológica e possibilitará adequação da equipe

Para o serviço de Psicologia contará com equipe formada por 8 (oito) psicólogos. Destes, 5 (cinco) atuarão durante o dia e 3 (três) durante a noite.

NUTRIÇÃO: O serviço de Nutrição integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Atuará junto aos pacientes internados no cuidado alimentar dos mesmos. Os pacientes nas diversas multi-especialidades, permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção de nutrição e possibilitará adequação da equipe.

Nos termos da Resolução CFN nº 600 de 2018, sugerimos que o Hospital Estadual de Luziânia seja contemplado por 6 (seis) profissionais de nutrição.

Assim, teremos 4 (quatro) profissionais durante o dia, e 2 (dois) no turno noturno na unidade.

SERVIÇO SOCIAL: O Serviço Social integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Abrangência: O serviço social contemplará pacientes nas diversas multi-especialidades, permitindo atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção, agindo com acolhimento e eficiência na resolução de demandas.

A Resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social é a legislação que reconhece o profissional de Assistente Social no âmbito da saúde.

O regramento ético aplicável, e os direitos e deveres aos profissionais assistentes sociais está contido no Código de Ética e as Resolução do CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.

Assim, propomos oito assistentes sociais na unidade conforme já discriminado no tópico específico de funcionamento do serviço social nessa Proposta Técnica.

ENFERMAGEM: O serviço de Enfermagem integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Área de abrangência principal é Ambulatório (Clínica Médica), Clínica Cirúrgica, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, UTI, Unidade de Centro de Materiais (CME).

O serviço de Enfermagem integrará o corpo de profissionais do Hospital com uma equipe formada por profissionais de Enfermagem para: 01 Diretoria Assistencial, 02 coordenação de clínica médica, 02 para Clínica Cirúrgica, 01 para UTI adulto, 01 Serviço de Controle de Infecção

Hospitalar, 01 para o Centro de Materiais Esterilizados, 01 para Serviço de Núcleo do Paciente, 100 enfermeiros assistenciais, e 160 técnicos de enfermagem.

TERAPIA OCUPACIONAL: O serviço de Terapia Ocupacional integra o corpo de profissionais da do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: A equipe oferecerá atendimento diferenciado e individualizado a pacientes clínicos, em cuidados paliativos, , adultos, pediátricos e geriátricos.

Na Clínica Médica e internação, a Terapia Ocupacional buscará enriquecer o tratamento oferecido na instituição, por meio de intervenções específicas nos deficits de componentes do desempenho como a sensibilidade, amplitude de movimento, tônus muscular, força muscular, reflexos, coordenação motora, destreza, cognição, percepção, interação social e orientando nas áreas de desempenho ocupacional: atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária.

A atuação dos profissionais estará voltada para prevenção e/ou redução da deterioração das habilidades e componentes necessários ao desempenho ocupacional do paciente, auxiliando na recuperação, por meio de atividades expressivas/constructivas e lúdicas, de estimulação percepto cognitiva e sensorio motora controlada e humanização do ambiente.

O Serviço de Terapia Ocupacional contará com uma equipe formada por 8 (oito) profissionais e realizarão atendimento aos usuários, sendo 5 (cinco) durante o dia e 3 (três) durante a noite.

FONAUDIOLOGIA: O serviço de Fonoaudiologia integra o corpo de profissionais do Hospital e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Abrangência: • Atendimento ambulatorial e acompanhamento de internação: São realizados atendimentos ambulatoriais tendo como ênfase os distúrbios da deglutição adulto, infantil e neonatal, afasias, disartrias e algumas alterações vocais. Os atendimentos são realizados por meio de interconsultas. No caso de pacientes internados, é realizado por indicação do profissional médico e realizado no leito do paciente.

O Serviço Fonoaudiologia contará com uma equipe formada por 8 (oito) profissionais, sendo 6 (seis) durante o dia e 2 (dois) durante a noite.



NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM
ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

**NORMATIVAS DE ADMINISTRAÇÃO GERAL NO DESEMPENHO LABORAL NO HOSPITAL
ESTADUAL DE LUZIÂNIA**

- Quando se menciona a atividade de administrar uma instituição, esta tem por características gerais a competência de planejamento, fiscalização, controle, coordenação, organização de variados setores de modo a permitir uma administração transparente e eficiente.

A estrutura da Diretoria Administrativa do Hospital Estadual de Luziânia se dá do seguinte modo:

- Coordenação Administrativa:

Recursos Humanos;

Tecnologia da Informação;

SAME;

Ouvidoria;

Compras.

- Coordenação de Operações:

NIR;

SESMET;

Engenharia Clínica;

Manutenção Predial;

Metas Contratuais;

Limpeza e Serviços Gerais.

- Coordenação Jurídica;

- Coordenação de Qualidade:

Comissões;

Comunicação e Relações Institucionais;

Núcleo de Ensino e Pesquisa

Já com relação a Diretoria Financeira:

- Contabilidade;

- Gestão de Custos;

- Prestação de Contas;

- Auditoria.

Para o bom funcionamento da unidade, devem haver normas e rotinas de trabalho que definam modo de atuação durante o desempenho das atividades que compõe a Administração Geral.

As normas devem ser do conhecimento de todos e treinamentos devem ser ofertados de modo a padronizar a atuação profissional.

FUNCIONAMENTO:

AMBULATÓRIO

O Ambulatório funcionará de segunda a sexta 07 às 19hs, 12 hs/dia.

CLÍNICA CIRÚRGICA, EMERGÊNCIA E INTERNAÇÃO: 24 horas/dia

SADT : 12 horas/dia, 5 dias por semana , de 2a a 6a feira de 7h às 19hs

RECEPÇÕES: As recepções do Hospital funcionarão da seguinte forma:
Recepção Administrativa 07 às 19 hs. Demais Recepções da unidade: 24 hs/dia

Equipe composta por recepcionista e vigilantes.



PORTARIA

A Portaria funcionará de todos os dias, 24 hs dia, sendo que será definido, em função do layout físico da Unidade como será distribuída a equipe pelas portas de acesso.

A equipe composta por seguranças.

SEGURANÇA

Funcionário 24h por dia, de domingo a domingo (7 dias por semana). Equipe composta por seguranças

ALMOXARIFADO

O Almojarifado funcionará de domingo a domingo, 24 hs/dia com sua equipe de colaboradores.

Equipe composta pelo Coordenador da Área, Auxiliares de almoxarifado e Agente Administrativo.

MANUTENÇÃO PREDIAL

A Manutenção Predial funcionará 24 h por dia.

Equipe composta por eletricitas, Coordenador da área, Auxiliares de manutenção, auxiliar administrativo.

ATIVIDADE DE ADMINISTRAÇÃO:

A estrutura administrativa do Hospital Estadual de Luziânia, será estruturada conforme realidade e características da unidade, visando melhoria contínua e dar suporte para a implementação de um atendimento humanizado, bem como visa proporcionar atividades que alcancem as metas preestabelecidas, sendo que o modelo de gestão a ser implementado pelo Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada objetiva adotar elementos e um modelo que busca o alinhamento com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS com a manutenção do atendimento ininterrupto dos pacientes e proporcionando condições de trabalho e segurança da equipe.

Cada setor terá supervisão do respectivo responsável, devidamente designado, bem como contará com estrutura e profissionais de apoio técnico-operacional e administrativa,

que acompanhará os horários de funcionamento já estabelecidos na presente proposta de trabalho e preconizados no Edital. Os serviços administrativos comuns funcionarão em dias úteis e dentro do horário comercial, à exceção das atividades cruciais que requeiram atendimentos em horários diferenciados (lavanderia, limpeza, farmácia, segurança, dentre outros).

A equipe mínima da unidade será estruturada conforme demanda de cada setor ligado a Administração Geral e como demonstrado no modelo proposto de Organograma constante na presente Proposta Técnica.

Além da estrutura técnico-operacional prestada diretamente pela Administração do IBGC, a Administração do Hospital também terá sua estrutura, no qual relacionamos a seguir e resumidamente apresentamos suas respectivas atribuições:

Gestão de Pessoas - responsável por todo tratamento documental e de atendimento relacionado aos profissionais da unidade;

Logística - na qual acompanhará toda a cadeia logística da unidade, inclusive recepção, bem como a gestão de contratos e os serviços de segurança e transporte;

Engenharia Clínica – acompanhamento, execução e gestão das manutenções preventivas e corretivas de todo parque tecnológico de equipamentos médico- hospitalares do Hospital Estadual de Luziânia;

Segurança e Saúde do Trabalhador – responsável por acompanhar a segurança e saúde dos profissionais, com alimentação de dados estatísticos, controle de documentos e implementações de ações visando a prevenção de acidentes.

Faturamento – acompanhará a produção e faturamento dos atendimentos realizados na unidade, devidamente descritos no Manual de rotinas administrativas para Faturamento de Procedimentos; Material e Patrimônio – no qual controlará a gestão de materiais, móveis e equipamentos diversos, bem como dará o devido tratamento conforme normas de gestão patrimonial relacionados na presente proposta;

Manutenção Predial – responsável pela gestão estrutural da unidade, providenciando manutenções e intervenções para viabilizar a continuidade do atendimento aos pacientes e as atividades técnico-operacionais e administrativa do Hospital;

Hotelaria – acompanhará os serviços de lavanderia, rouparia, dedetização e controle de pragas, ajardinamento, limpeza e desinfecção hospitalar visando continuidade dos serviços da unidade, proporcionando segurança e conforto dos pacientes.

Farmácia – gestão de todo estoque, recebimento e distribuição de medicamentos, insumos e correlatos na unidade;

Documentação e Arquivo – acervo documental dos pacientes e do Hospital Estadual de Luziânia com base na Tabela de Temporalidade e legislação em vigor.

Abaixo segue um modelo de controle de acesso ao Hospital, onde serão implementadas normas que disciplinam a circulação de pessoas no interior do Hospital, cujos moldes inicialmente propostos seguem abaixo, porém, que poderão ser adequados para melhor se enquadrarem a necessidade da unidade.

ROTINAS:

A) Identificação de pessoas para acesso à unidade

Descrição: Registro no livro de ocorrências, o nome e documento identificador da pessoa, bem como fornecer crachá correspondente ao setor solicitado.

Responsável: Porteiro

B) Rondas periódicas

Descrição: o responsável fará rondas por toda a unidade de modo a localizar eventualmente pessoas sem crachá. De maneira suave, respeitosa e educada. Se houver alguma intercorrência nesse ato, deverá haver registro do mesmo.

Responsável: Segurança

C) Condução de veículos

Descrição: Conduzir o veículo, conferir combustível, óleo, água, anotar quilometragem. Caso necessário, requerer combustível ou outra demanda veicular.

Responsável: Motorista

D) Compra de materiais/suprimentos:

Descrição: Checar o memorando de solicitação e conferir a necessidade do pedido. Cotar com ao menos três fornecedores. Efetuar a compra pelo menor preço ofertado.

Responsável: Assistente Administrativo / Coordenador

EQUIPE DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA (VÍNCULO E CARGA HORÁRIA NA UNIDADE)

1) Assistente Administrativo:

Subordinação: Diretor Administrativo

Função: Atribuições administrativas tais como: tirar cópias, lançar dados em sistema, conferir documentos, dentre outros:

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: não requer

2) Motorista

Subordinação: Diretor Geral

Função: Distribuir documentos externos à unidade; atender a demanda de setores, inspecionar cotidianamente o veículo, zelando pela sua conservação.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: CNH categoria "B" e 1 (um) ano de experiência comprovada na função.

3) Analista Financeiro:

Subordinação: Diretor Financeiro

Função: Realizar o planejamento de toda a rotina financeira; acompanhar recebimento e pagamentos efetuados, analisar fluxo de caixa e elaborar projeções de faturamento a fim de

identificar melhorias no desempenho econômico-financeiro da unidade; realizar o processo de contas a pagar.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 18 (dezoito) meses de experiência na função.

4) Analista de Gestão de Pessoal:

Subordinação: Coordenador de Recursos Humanos

Função: Se responsabilizar para orientar a unidade de saúde e auxiliá-la nos assuntos referentes à gestão de pessoas, analisar os de alterações de cargos, promoções, transferências, demissões e outros tipo de movimentação de pessoal, observando as normas e procedimentos aplicáveis, visando contribuir para a tomada de decisões nesses assuntos;

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

5) Analista de Compras:

Subordinação: Diretor Financeiro

Função: Acompanhar as requisições de compras, manter contato com fornecedores, negociar preços e fazer controle de pedidos e orçamentos na área, atuar com emissão de notas fiscais, realizar cotações diversas, emitir e acompanhar pedidos até sua entrega, acompanhamento dos pedidos, cadastro de novos fornecedores para consultas e cotações.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

6) Técnico em Segurança do Trabalho:

Subordinação: Diretor Geral

Função: Orientar e coordenar o sistema de segurança do trabalho, investigando riscos e causas de acidentes, analisando esquemas de prevenção; Inspeccionar locais, instalações e equipamentos

da unidade e determinar fatores de riscos de acidentes; Propor normas e dispositivos de segurança, sugerindo eventuais modificações nos equipamentos e instalações e verificando sua observância, para prevenir acidentes; Inspeccionar os postos de combate a incêndios, examinando as mangueiras, hidrantes, extintores e equipamentos de proteção contra incêndios; Comunicar os resultados de suas inspeções, elaborando relatórios; Investigar acidentes ocorridos, examinando as condições da ocorrência, para identificar suas causas e propor as providências cabíveis.

Intermediar junto aos serviços médico e social da instituição, visando facilitar o atendimento necessário aos acidentados; Registrar irregularidades e elaborar estatísticas de acidentes; Treinar os funcionários sobre normas de segurança, combate à incêndios e demais medidas de prevenção de acidentes; Coordenar a publicação de matéria sobre segurança no trabalho, preparando instruções e orientando a confecção de cartazes e avisos, para divulgar e desenvolver hábitos de prevenção de acidentes; Participar de reuniões sobre segurança no trabalho, fornecendo dados relativos ao assunto, apresentando sugestões e analisando a viabilidade de medidas de segurança propostas, para aperfeiçoar o sistema existente; Executar tarefas pertinentes à área de atuação, utilizando-se de equipamentos e programas de informática. Executar e apoiar outras tarefas para o desenvolvimento das atividades do setor, inerentes à sua função.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 1 (um ano) de experiência na função

7) Coordenador de Almoarifado:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Confere notas fiscais, confronta notas e pedidos, encaminha materiais para armazenamento. Cuida de prazos de entrega dos produtos, solicita reposição de estoque. Acompanha pedidos de compras, administra atendimento a requisições de materiais e controla níveis de estoque. Otimiza estocagem de material. Acompanha prazo de vencimento de validade dos materiais. Realiza o levantamento de inventário físico, emite solicitações de compra e controle diversos de expedição dos materiais.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

8) Coordenador de Custos**Subordinação:** Diretoria Financeira**Função:** Lançar todas as informações; calcular dados para a composição os indicadores de custos; calcular dados para a composição dos indicadores de custos; levantar mensalmente os gastos gerais da unidade para uma análise comparativa da diretoria; elaborar projeções orçamentárias e outras atividades inerente à sua atividade.**Nível de ensino requerido:** Formação superior em Administração ou Economia.**Experiência:** 2 (dois anos) de experiência na função**9) Analista de Gestão de Pessoas:****Subordinação:** Diretoria Administrativa**Função:** Realiza análise da área de Recursos Humanos, recruta e seleciona novos colaboradores, levanta necessidades de treinamento e avalia desempenho de pessoal. Desenvolve planos de carreiras e dissemina cultura organizacional.**Nível de ensino requerido:** Formação superior em Administração ou Psicologia**Experiência:** 2 (dois anos) de experiência na função**10) Farmacêutico:****Subordinação:** Diretoria Administrativa**Função:** Planejar, organizar e dirigir os serviços sob sua responsabilidade; fazer cumprir as normas e regulamentos do Hospital Estadual de Luziânia; Promover a manutenção do estoque e guardar em perfeita ordem de armazenamento, conservação, registro e prazo de validade dos medicamentos e materiais; Receber os medicamento e materiais em seu setor, providenciando a

conferência da quantidade e espécie recebidas com os documentos de entrega e solicitação de compra; visar a documentação relativa à entrega dos medicamentos e materiais solicitados; distribuir os materiais e medicamentos de acordo com as requisições recebidas; Exercer outras atribuições que lhe competem;

Nível de ensino requerido: Formação superior em Farmácia

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

11) Engenheiro – Setor de Manutenção:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Planejar, coordenar e supervisionar as atividades desenvolvidas no setor de manutenção; Fazer cumprir as normas e regulamentos do Hospital Estadual de Luziânia; Supervisionar as atividades e avaliar o desempenho de seus subordinados; Cumprir nos prazos estabelecidos pelo Diretor Administrativo; normatizar, organizar e priorizar as solicitações de manutenção, tendo em vista o bom andamento dos serviços da unidade; proceder com a manutenção do prédio, mantendo-o arejado, livre de vazamentos e ligações elétricas mal executadas; Manter estreito relacionamento com o Serviço de Manutenção terceirizado, tendo em vista a agilização dos atendimentos às solicitações internas; Exercer outras funções que lhe competem.

Nível de ensino requerido: Formação superior em Engenharia

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

12) Arquivista para atuar no SAME:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Registrar e controlar toda a movimentação dos prontuários dentro da unidade; zelar pela clareza e exatidão dos prontuários médicos; colaborar em programas de ensino e pesquisa, cumprir normas e regulamentos da unidade; executar outras tarefas afins a critério da chefia imediata.

R

Nível de ensino requerido: Ensino médio completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	CARGA HORÁRIA
Diretor Administrativo	1	44 hs/semanais
Coordenador Administrativo	1	44 hs/semanais
Analista Administrativo	1	44 hs/semanais
Motorista	6	44 hs/semanais
Auxiliar Administrativo	40	44 hs/semanais
Farmacêutico	10	30 hs/semanais
Auxiliar de Farmácia	5	44 hs/semanais
Coordenador de Almoxarifado	1	44 hs/semanais
Auxiliar de Almoxarifado	2	44 hs/semanais
Nutricionista	6	30 hs/semanais
Coordenador de Manutenção Predial	1	44 hs/semanais
Engenharia Clínica	1	44 hs/semanais
Coordenador de Tecnologia da Informação	1	44 hs/semanais
Técnico de redes	1	44 hs/semanais
Analista de Suporte	1	44 hs/semanais
Faturista	2	44 hs/semanais
Analista Administrativo para Patrimônio	2	44 hs/semanais
Auxiliar Administrativo para SAME	2	44 hs/semanais
Gerente de Gestão de Pessoas	1	44 hs/semanais
Analista de Gestão de Pessoas	2	44 hs/semanais
Técnico em Segurança do Trabalho	4	44 hs/semanais

Diretor Financeiro	1	44 hs/semanais
Tesoureiro	1	44 hs/semanais
Contador	1	44 hs/semanais
Analista Administrativo para Diretoria Financeira	2	44 hs/semanais
Auxiliar Administrativo para Diretoria Financeira	1	44 hs/semanais
Analista de Compras	1	44 hs/semanais

NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO,
GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

Termos e métodos:

a) 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.

R



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.

b) Curva de análise 123

Para sua classificação, a curva 123 leva em consideração a dificuldade com que certos produtos são adquiridos. Sendo assim, os três grupos formados são

- 1: o primeiro grupo compreende os itens cuja aquisição é complexa, ou seja, sua obtenção é mais complicada por envolver diversos fatores que dificultam sua compra;
- 2: o segundo grupo abarca produtos de difícil aquisição, mas que envolvem uma quantidade menor de fatores complicadores;
- 3: no último grupo temos os materiais amplamente disponíveis no mercado e que, portanto, possuem um fornecimento bastante rápido e pontual.

R

c) Curva de análise PQR

O seu estoque também pode ser classificado de acordo com a popularidade de cada um dos itens. Isso significa que a curva PQR leva em consideração a quantidade de transações de um determinado material realizadas no período de tempo determinado. Sem, entretanto, que a quantidade envolvida em cada uma delas tenha relevância na classificação. Os grupos resultantes são:

- P: classe formada por produtos muito populares e que apresentam uma movimentação frequente;
Q: produtos de média popularidade e que possuem uma frequência média de transações;
R: esse grupo inclui itens de baixa popularidade e que não são movimentados com frequência;

d) Curva de análise XYZ

A classificação XYZ avalia o grau de criticidade ou de imprescindibilidade do item de material nas atividades desempenhadas pela organização. Mendes e Castilho (2009)

A curva XYZ classifica os materiais tomando como base o critério de criticidade, ou seja, é colocado em análise o impacto que a falta desses itens causa nos processos da organização.

A segmentação, portanto, se dá da seguinte forma:

- **X:** grupo de itens de baixa criticidade, sua falta não paralisa as atividades e podem ser substituídos;
- **Y:** grupo de itens de média criticidade, são itens necessários para realização das atividades, mas que podem ser substituídos;
- **Z:** trata-se do grupo vital, sem similar disponível para substituição, cuja falta traz consequências desastrosas, podendo, por exemplo, interromper as operações.

Vantagens em sua utilização:

- Auxilia no processo de tomada de decisão;
- Determina o grau de imprescindibilidade dos itens;

- Disponibiliza informações sobre quais itens não podem faltar.

Limitações:

- Sofre influência de quem irá realizá-la;
- Necessita de avaliação criteriosa;
- Método qualitativo, sujeito a arbitrariedade e subjetividade;
- Difícil estabelecimento de parâmetros objetivos para quantificação de atendimento a critérios;
- Dependendo do segmento da empresa, é necessário a participação de uma comissão para sua realização

e) PEPS

PEPS é a sigla para Primeiro que entra, Primeiro que sai, que vem do termo em inglês FIFO, First in, First out.

Ou seja, os produtos que entraram primeiro no estoque serão os primeiros a saírem da empresa.

Nesta técnica, o custo/preço de venda da mercadoria é calculado de acordo com o custo do estoque mais antigo.

É priorizado então, a ordem cronológica de entrada dos produtos no estoque para a sua saída.

As primeiras unidades ou lotes deverão ser os primeiros à serem comercializados, assim como o valor em que será vendido se baseará no seu preço de compra.

No lote seguinte se segue o mesmo padrão, colocando como padrão para precificação o preço de custo ou de aquisição do mesmo.

Esse método de contabilidade de custos, além de auxiliar com o giro de estoque, faz com que, ao se basear no preço de compra mais antigo, se mantenha o lucro real do produto.

R

Por esse motivo, é uma metodologia pela qual é possível se garantir maior segurança no controle de estoque.

f) Custo médio ponderado

Também conhecido como preço médio ponderado, é o valor de cada item do estoque quando o total financeiro é dividido pelo número de mercadorias armazenadas.

Este **método de avaliação de estoque** é utilizado como uma ferramenta para administrar corretamente o estoque da empresa.

A fórmula do custo médio ponderado é:

$$\text{CMP} = \text{Valor total do estoque} / \text{Número de itens comprados e armazenados.}$$

g) Lead time em logística

É o tempo de espera, ou seja, o período para conduzir todo o ciclo de produção, desde o pedido até a entrega efetiva. Em outras palavras, é o tempo de provisionamento, o período entre o início de uma atividade e o seu término. A definição mais convencional para **lead time em logística**, no tocante ao Supply Chain Management, diz que é o tempo entre o momento do pedido do cliente até a entrega do produto.

Trata-se de um indicador importante para o crescimento e é óbvio que, quanto menor o **lead time em logística**, melhor.

Entre o que será mensurado, destacam-se o processamento dos pedidos, a resposta do fornecedor, o caminho dos insumos, os inventários, as linhas de montagem e produção, o trânsito.

No centro de distribuição o pedido passa por processamento e montagem; depois, para o transporte até a entrega ao cliente final. De qualquer forma, cada etapa entre o pedido recebido e a entrega leva tempo. O **lead time em logística** ajuda a estudar esse período e colabora nos ajustes para reduzir a espera.

Vale ressaltar os conceitos:

- **Lead time de compra:** tempo de espera decorrido entre o pedido de compra a um determinado fornecedor e a entrega do produto à fábrica;
- **Lead time de produção:** tempo de espera entre o primeiro pedido de compra e a finalização da fabricação do produto;
- **Lead time de preparação e entrega:** tempo desde o picking até a entrega ao cliente final.

Para que tudo dê certo, é necessário identificar as tarefas que consomem mais tempo e que poderiam ser melhoradas. Além disso, é preciso buscar formas de intervir na execução dos processos e implementar alternativas, como os sistemas de gestão integrada, para automatizar o trabalho da área de logística, por exemplo. Softwares de logística geram relatórios, compilam informações em tempo real e, dessa maneira, auxiliam executivos na comparação de dados e na tomada de decisão estratégica.

PLANEJAMENTO DE COMPRAS

O planejamento de compras deve ocorrer após o mapeamento das demandas com base no histórico de gastos, indicadores de consumo e na previsão anual de consumo, bem como previsão de necessidade de aumento ou diminuição de quantitativos ou de novos insumos decorrentes do aumento ou de novas de demanda, inclusive as sazonais. O processo de compras varia de acordo com a aquisição a ser efetuada, podendo ser:

Compra de itens padronizados: insumos de uso contínuo, aprovados na empresa, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques;

Compra de emergência: insumos não disponíveis em estoque e solicitado para atendimento de determinada demanda.

Compra de itens não padrão: insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. São produtos que não se mantem em estoque.

Cadastramento da relação de medicamentos e materiais padronizados

O cadastramento dos medicamentos e materiais no sistema de gestão hospitalar obedecerá a relação previamente entregue (apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares).

Levantamento inicial do quantitativo de medicamento e materiais necessários o funcionamento da Unidade será realizada com apoio das áreas técnicas de cada setor, obtendo como apoio o histórico de consumo médio do Hospital Estadual de Luziânia.

Além disso a Comissão de Padronização de Medicamentos é responsável por selecionar os medicamentos que farão parte do arsenal terapêutico por meio de um processo dinâmico, contínuo, participativo e multidisciplinar, visando assegurar o acesso aos medicamentos necessários, adotando critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo para utilização racional destes fármacos.

Já os materiais e equipamentos ficarão à cargo da Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos que procederá por avaliar materiais e equipamentos padronizados, promovendo inclusões e exclusões, segundo critérios de eficácia, eficiência, clínica e custo.

Aquisição de insumos:

A aquisição de insumos e materiais será conduzida pelo setor de compras, que atenderá ao previsto no regulamento próprio de compras e contratações e será iniciado através da elaboração de Instruções e Elemento Técnico, onde contemplará: o objeto da contratação/aquisição, as justificativas para aquisição, a descrição técnica, o quantitativo, prazo de entrega, entre outras vertentes.

O processo de aquisição, ao final, será formalizado em um contrato, junto ao fornecedor que sagrar-se vencedor no processo.

Solicitação do Fornecedor:

A solicitação dos materiais e insumos será realizada através da Autorização de Fornecimento, informando a descrição do item, quantitativo, prazo de entrega, entre outras informações.

Recebimento externo:

R

O recebimento será realizado pelo setor de Almoxarifado, por profissional qualificado, onde deverá realizar o recebimento dos produtos, em posse da Autorização de Fornecimento original, preenchendo um Checklist de Recebimento e atestando o recebimento ao final.

Entrada do produto no estoque

A entrada do produto no estoque será após o recebimento e conferência dos produtos recebidos. Caso seja necessário a devolução de parte dos produtos, é na entrada do produto que será também executada a operação de devolução.

Nessa etapa é lançada as informações do produto para rastreabilidade, como lote, validade, valor, etc.

Armazenamento

Os materiais e insumos recebidos deverão ser armazenados em locais específico conforme orientação do fabricante e das legislações específica, seja em um local de controle de temperatura, umidade, empilhamento máximo, distanciamento de paredes, teto, chão, produtos, etc.

Atendimento aos setores

Os pedidos de materiais e insumos deverão ser realizados através da requisição pelo Sistema de Gestão em Saúde por cada setor, onde serão distribuídos conforme os lotes com validade mais próxima do vencimento.

Ressuprimento do estoque

Com a informação do consumo dos materiais e insumos no sistema de gerenciamento de estoque em tempo real, juntamente com os alertas da duração do estoque de cada item, será possível recalculer o consumo real do Hospital Estadual de Luziânia no período, adequando os novos pedidos conforme o prazo de entrega máximo estipulado no Elemento Técnico.

APROVAÇÃO

As aprovações se dão de acordo com o valor da aquisição:

MAT/MED	CUSTO (R\$)	SOLICITAÇÃO			
		Coordenador ou responsável pelo setor solicitante	Diretoria Administrativa ou Coordenador Administrativo	Diretoria Administrativa ou Coordenador Administrativo	Diretoria Administrativa ou Coordenador Administrativo
Padronizados	Até R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
	Acima de R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
Não padronizados	Até R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
	Acima de R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓

CADASTRAMENTO DE FORNECEDORES/PARCEIROS/ABASTECEDORES

O IBGC providenciará na gestão e operacionalização do Hospital Estadual de Luziânia um sistema de cadastro de fornecedores que se baseará nos padrões de qualidade, visando sempre garantir aquisição de insumos e serviços de padrão elevado.

O método adotado para o procedimento de cadastro de fornecedores será uma avaliação de todos aqueles que desejem participar de processos de cotação na unidade.

R

Cabe o destaque, quando da realização do cadastro, que o mero cadastramento do fornecedor, não será capaz de lhe assegurar a efetivação de nenhuma compra, uma vez que as mesmas só ocorrerão a partir dos processos de cotação e de avaliação.

É condicionante para participação dos processos de compra na unidade, o cadastramento prévio que visará verificar a capacidade de fornecimento dos produtos.

É direito do IBGC na sua gestão, selecionar e classificar de maneira livre seus fornecedores, dentro dos critérios previamente estabelecidos e aprovados pelo departamento de compras e comissões envolvidas.

O setor de compras, vinculado a Diretoria Administrativa, procederá com a solicitação da documentação ao fornecedor. São documentos a serem requisitados;

- Ficha Cadastral fornecida pelo Hospital Estadual de Luziânia;
- Contrato Social da empresa e suas últimas alterações (apresentação de certidão narrativa, comprovando ser o último);
- Cópia do cartão do CNPJ.

Tratam-se estes de documentos obrigatórios e simples para uma eventual contratação. A depender da atividade (medicamentos, nutrição enteral, materiais médicos hospitalares, saneantes, químicos e laboratório), gêneros alimentícios poderão ser requisitados mais documentações, tais como:

- Autorização de funcionamento emitida pela ANVISA;
- Alvará Sanitário Municipal;
- Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos aplicáveis ao tipo de produto.
- Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização;
- Certidão Negativa de Falência e Concordata.

A depender do fornecedor/produto, poderá ser requerida documentações complementares como:

- Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manipulação;

- Cópia da inscrição estadual;
- Certificado de Regularidade com a Previdência Social / INSS – Certidão Negativa de Débitos;
- Certidões negativas de débitos municipais, estaduais e federais, especialmente as expedidas pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social);
- PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais;
- PMCSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

Deverá ser preenchido o check list pelo setor de compras, para cadastro de fornecedor, para que se possa garantir a entrega e a conferência de toda documentação necessária para o cadastro acima mencionado.

Em nenhuma hipótese será admitida a negociação com fornecedores antes da apresentação de toda a documentação necessária para o cadastro completo.

Nenhum produto poderá ser adquirido no Hospital Estadual de Luziânia sem que haja o competente registro pelos órgãos equivalentes ao produto/material/medicamento.

Sabido que alguns documentos não carecem de registro junto ao Ministério da Saúde, deverá ser fornecida a cópia do documento que isenta tal produto do registro.

PROCEDIMENTO ESPECÍFICO PARA AS COMPRAS NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

O setor de compras, vinculado a Diretoria Administrativa no Hospital Estadual de Luziânia, procederá com a aquisição, que terá seu marco inicial à partir de uma solicitação pelo responsável pelo setor demandante.

Quando da solicitação, deverá se ter em conta o consumo do item, giro de estoque, análise do método escolhido para controle (curva ABC, curva 123, curva PQR...).

Com o fito de se garantir a segurança da operacionalização na unidade, deve sempre nortear o processo de compra, a necessidade de manutenção de estoque de segurança.

Por diferentes modalidades, poderá se dar o pedido de compra junto ao fornecedor (skype, fax, e-mail, whatsapp, telefone), sendo sempre observada a necessidade da entrega e o meio mais célere ao atendimento do pedido.

R

Poderão ocorrer situações em que o produto requisitado não se encontre disponível. Nesse caso o fornecedor comunicará o setor de compras e esse comunicará o setor demandante, para que se possa verificar a possibilidade uma nova programação de entrega ou substituição por item equivalente ao solicitado.

A eficiência da comunicação interna do setor encarregado de aquisições com os demais setores do Hospital Estadual de Luziânia é fundamental. Cabe a ele informar qualquer tipo de episódio, referente às compras inerentes àquele setor. O abastecimento do estoque, é, também, tarefa do setor de compras.

Há uma lista meramente exemplificativa de atribuições/responsabilidades mínimas a serem observadas pelo fornecedor:

- a) fornecer os insumos conforme os padrões exigidos pelas NT's;
- b) responder as cotações dentro dos prazos estabelecidos pelo setor de compras;
- c) ter flexibilidade no caso de mudanças nas quantidades e prazos de entrega;
- d) cumprir a legislação pertinente ao processo de compra e venda;
- e) avaliar as notificações referentes a qualquer produto que esteja em desacordo com o contratado, fazendo as devidas correções no prazo estabelecido;
- f) responsabilizar-se de forma ampla e irrestrita pelos bens produzidos ou comercializados na sua empresa, até mesmo, por desvio de qualidade, qualquer que seja, que eventualmente seja identificado no ato do recebimento;

De outra lado, é responsabilidade do IBGC enquanto ocupa o papel de comprador da unidade de saúde do Hospital Estadual de Luziânia:

- a) Se guiar pelo princípio da transparência máxima nos seus processos de compra;
- b) guardar observância aos horários definidos para atendimento à representantes e/ou fornecedores;
- c) proceder com o detalhamento devido aos itens a serem adquiridos;
- d) Realizar sempre a melhor compra (vantajosidade na aquisição e qualidade);
- e) Em nenhuma hipótese, utilizar-se do cargo em que está lotado, para obter qualquer tipo de vantagem, seja para o colaborador ou outrem, no processo de compra e contratação;

f) Não receber qualquer tipo de presente, brinde, favores ou oferta que tenha a capacidade de influenciar as decisões de negócio.

PROCESSO DE COMPRA- REGULARIDADE- NOTA FISCAL

Para o adimplemento da obrigação assumida pelo IBGC na gestão do Hospital Estadual de Luziânia junto aos seus parceiros, e regularidade do processo de compra é de extrema importância que a emissão da nota fiscal dos insumos adquiridos pelo fornecedor ocorra obedecendo a alguns critérios. Tais como:

- Prazo de pagamento previamente combinado;
- Número da ordem de compra;
- Descrição dos insumos (informações de quantitativo, embalagens, preços unitários e preço na totalidade do que foi entregue);
- Lote e validade (quando se tratar de medicamentos);
- Endereço, CNPJ e inscrição estadual da instituição.

Se for detectada qualquer não conformidade na nota fiscal pelo Setor de Compras, o procedimento adotado deverá ser o de contato com o fornecedor para que o mesmo proceda com a regularização da mesma.

Importante também a observação de que não poderão ser aceitas notas fiscais emitidas com data anterior à ordem de compra.

HORÁRIOS DE RECEBIMENTO DE PRODUTOS/INSUMOS NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

SETOR DO RECEBIMENTO	PERÍODO DA SEMANA	HORÁRIOS DE ENTREGA
Almojarifado	Segunda a Sexta-feira	07 às 17 hs.

Apesar dos horários pré-estabelecidos no quadro acima, todas as entregas, deverão ser realizadas e previamente combinadas com o Setor de Compras, evitando por exemplo choque de horários entre fornecedores.

ATESTADO E ANÁLISE DE RECEBIMENTO

Antes da entrega dos insumos, o responsável pelo recebimento deverá proceder com a avaliação de alguns itens, tais como: se a entrega ocorreu no prazo previamente acordado; se o entregador do insumo estava adequadamente vestido para o trabalho; se o veículo em que a mercadoria foi transportada estava em perfeito estado de conservação e com documentação regular; se foi observada consonância entre o disposto na ordem de compra e o efetivamente entregue; se as embalagens estão em perfeito estado ou contém algum tipo de violação, sujidade ou rasura; o prazo de validade do produto está adequado; à depender do produto entregue, a temperatura de armazenamento do mesmo estava adequada no momento da entrega; a nota fiscal está sem rasuras, sujidade e legível.

Atestada qualquer não conformidade, o colaborador responsável comunicará o Setor de Compras para providências para a devolução total o parcial dos itens.

VISITA TÉCNICA A FORNECEDORES LOCAIS

Com a finalidade de garantir qualidade dos produtos oferecidos ocorrerão em Luziânia e região visitas técnicas a fornecedores.

Tais visitas ocorrerão por equipe técnica especificamente designada para o tipo de produto e fornecedor que se almeja analisar.

Ao longo da visita técnica, algumas informações comprobatórias de cumprimento dos requisitos para ser fornecedor, deverão ser realizadas através de documentação exigida e observação em campo das práticas de atuação do fornecedor.

Os itens serão classificados em críticos e não críticos e a partir daí será determinado a frequência e tipo de análise a ser realizada pela equipe técnica.

Criticidade	Frequência de visitação	Identificação do fornecedor
Críticos	Visitas deverão ocorrer anualmente.	Fornecedores de insumos vitais que impactam diretamente no prognóstico e segurança do paciente.
Não críticos	Visitas ocorrerão conforme deliberação do gestor de cada área.	Fornecedores de produtos e/ou serviços que não impactam na assistência ao paciente
Semicríticos	Visitas ocorrerão a cada 18 meses	Fornecedor de produtos e/ou serviços que impactam de maneira indireta na assistência.

Recomenda-se que além da equipe técnica previamente designada para a visita, haja acompanhamento, quando o caso recomendar, de componente da Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial, além de um componente do SESMT (Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho).

Quando, no curso da visita, forem identificadas não conformidades, deverá ser traçado plano de ação a ser apresentado a Diretoria Administrativa e monitorado pelo setor de responsabilidade de cada insumo, juntamente com o setor de compras.

É direito do fornecedor ser informado do resultado da análise in loco, além de orientações, se for o caso, conforme plano de ação, para adequações, sendo os prazos estipulados de comum acordo entre fornecedor e instituição.

PAGAMENTO

O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias corridos, por meio de depósito bancário em conta corrente, contados do recebimento da Nota Fiscal devidamente atestada pelo setor responsável;

Sendo o pagamento realizado mediante depósito em conta corrente, o fornecedor não deverá fazer a emissão de boleto bancário, sob pena de haver cobrança indevida.

Os pagamentos serão efetuados mediante apresentação de nota fiscal devendo o contratado emitir uma nota fiscal específica para cada pedido/instrumento contratual e respectiva entrega efetuada.

Caso a nota fiscal ou fatura tenha sido emitida com inconsistências ou em desacordo com a legislação vigente, será devolvida e o prazo para pagamento será interrompido, reiniciando sua contagem a partir da data em que esta for cumprida e não será devida atualização financeira.

Deverá conter o número de referência do instrumento contratual e da seleção de fornecedores.

Caso algum item constante na nota fiscal esteja não conforme, a instituição liberará a parte não sujeita à contestação, retendo o restante do pagamento até que seja sanado a inconformidade.

ARMAZENAMENTO DE INSUMOS

A armazenagem dos materiais no almoxarifado precisa seguir cuidados especiais para que preservem a qualidade. As regras são definidas de acordo com o sistema de instalação e o layout adotado. Aqui, temos seis fases:

- verificação das condições de recebimento do material;
- identificação do material;
- guarda na localização adotada;
- informação da localização física de guarda ao controle;
- verificação periódica das condições de proteção e armazenamento
- separação para distribuição dos materiais, a qual é preciso ter uma programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

No almoxarifado do Hospital Estadual de Luziânia é realizado o armazenamento de todos os insumos recebidos. Quando do armazenamento, deverá ser observado o detalhamento a seguir:

- Área com espaço adequado para acomodar de forma organizada os insumos;
- Produtos armazenados em paletes. O empilhamento de caixas deve respeitar a orientação do fabricante. Não é permitido que os insumos sejam estocados em contato direto com as superfícies (solo, teto, parede).
- O local deve ser de fácil higienização (interior com superfície lisa, sem rachaduras, sem desprendimento de pós), devendo ter rotina de limpeza implantada e monitorada;
- Deve possuir controle de temperatura ambiente e umidade relativa do ar com plano de ação, no caso de oscilações;
- Deve ser fechado e possuir rotina de dedetização a fim de evitar a entrada de roedores, insetos e outros animais;
- Deve possuir método de controle de acesso, de forma a permitir o acesso somente de pessoas autorizadas, além de monitoramento por sistema de câmeras em locais estratégicos (exemplo: entrada principal, sala de fracionamento e guarda de medicamentos controlados);
- Deve possuir espaço racional para o fluxo de pessoas e materiais;
- Deve possuir um método de estocagem, preferencialmente em ordem cronológica (método PEPS – o primeiro a entrar no estoque é o primeiro a sair);
- Deve possuir sistemática para o monitoramento das validades de medicamentos e insumos;
- Centralizar todo o controle do estoque na área de suprimentos. Para tanto, é necessária ampliação dos horários de dispensação. Esta prática reduz e/ou elimina estoque nas áreas assistenciais e conseqüentemente minimiza o índice de perdas.

INVENTÁRIO

Utiliza-se a contagem periódica de itens como uma forma de realizar os ajustes necessários no estoque físico e organização no sistema ao longo do tempo e minimizar eventuais inconformidades no decorrer dos meses

Tendo em vista a adoção da Curva ABC no que se refere ao inventário, deverá ser realizado mensalmente para os itens da curva A, trimestralmente para itens da curva B e semestralmente para insumos da classe C, levando em conta também o perfil de consumo específico da unidade.

Em caso de se localizar inconsistências entre os dados registrados e as informações da contagem física dos materiais, é preciso avaliar e definir um plano de ação com a finalidade de redução destes erros.

CONTROLE

A finalidade de se controlar o estoque é manter uma vigilância constante de todos os processos, com o objetivo de detecção precoce de eventuais desvios padrões de ações esperadas, e proceder com sua correção de forma imediata, agindo pedagogicamente e não com adoção de penalidades. Indicadores:

- Índice de compra de urgência;
- Índice de compra não padrão;
- Índice de perda por validade;
- Índice de conferência quantitativa e qualitativa.

f

CHECK LIST PARA CADASTRAMENTO DE FORNECEDOR

Hospital Estadual de Luziânia	CHECK LIST PARA CADASTRO DE FORNECEDORES	Data:
		Código:
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:	Entregue:	Não aplicável ao item:
Ficha cadastral da empresa	()	Obrigatória
Contrato Social com certidão narrativa	()	Obrigatória
Cartão do CNPJ	()	Obrigatória
Nutrição Enteral, Medicamentos, Materiais médicos hospitalares, saneantes, laboratório e químicos		
Autorização de funcionamento pela ANVISA	()	()
Alvará sanitário de funcionamento (municipal)	()	()
Certificado de Responsabilidade Técnica do CRF ou outros	()	()
Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manutenção	()	()
Gêneros alimentícios		
Licença de funcionamento exarado pela Prefeitura Municipal	()	()
Autorização do Serviço de Inspeção Municipal e Certificado de Responsabilidade Técnica	()	()
Alvará sanitário municipal	()	()
Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos	()	()
Prestadores de Serviços		
Certidão Negativa de Falência e Concordata	()	()
Cópia da Inscrição Estadual	()	()
Certificado de Regularidade com FGTS	()	()
Certidão Negativa de Débitos Municipais, Estaduais e Federais, e INSS.	()	()
Certificado de Regularidade com a Previdência Social/ INSS- CND	()	()
Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização	()	()
PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais	()	()

() **Aprovado**

() **Reprovado**

Responsável: _____

R

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Razão Social:	
CNPJ:	Nº do Contrato

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE	
Nome completo:	
Cargo:	Setor:

Autorizo e informo que, a partir da presente data, começam a contar os prazos e condições de fornecimento acordadas.

Responsável pelo Setor de Compras/Diretoria Administrativa

Hospital Estadual de Luziânia	CHECK LIST PARA RECEBIMENTO DE INSUMOS	Data:
		Código:
Item de Análise	Em conformidade:	Não aplicável ao item:
A entrega foi realizada no prazo determinado?	()	()
O entregador estava vestido de maneira adequada?	()	()
O veículo que transportou o item estava adequado? (conservação, limpeza e documentação)	()	()
A NF está com os dados corretos?	()	()
Existem não conformidades nas embalagens?	()	()
Existe lote e validade do produto em acordo com a NF e dentro do prazo para consumo?	()	()
As temperaturas estão adequados a necessidade do item?	()	()
Notas fiscais estão apresentadas em bom estado?	()	()

DATA: ___/___/___

Responsável pelo Setor

R

DA DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

- É necessário, inicialmente, a definição de quem são os responsáveis setoriais que podem solicitar materiais;
- Deste modo, o sistema informatizado da unidade, criará um cadastro de usuário, que poderão requerer insumos e materiais de acordo com a especificidade de sua atuação profissional. Essa especificidade de insumos/materiais por setor e atividade laboral, será definida por uma comissão, criada especificamente para essa regulamentação interna.
- Realizar sistematicamente auditorias para analisar se há acúmulo ou carências de insumo nos locais de consumo.

**APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICOS-
HOSPITALARES**

A padronização de insumos hospitalares é uma etapa fundamental para garantir a qualidade dos produtos ofertados e da assistência fornecida ao paciente, além de ser uma ferramenta estratégica na otimização da gestão financeira e logística da unidade de saúde.

Trata-se de um processo dinâmico e participativo gerido pela Comissão de Padronização de Medicamentos e Insumos (CPMI) que pode contar com a participação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e do Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS); a escolha dos produtos deve estar fundamentada em critérios epidemiológicos, técnicos, econômicos e levar em consideração a estrutura dos serviços de saúde oferecidos.

A padronização de medicamentos e materiais visa também proporcionar subsídios técnicos para promover assertividade dos processos de compra e ressuprimento conforme citado no Art. 15 da Lei N° 8666/93 (Licitações e Contratos).

Dentre os objetivos da padronização estão:

- Racionalizar o uso de medicamentos;
- consumo;
- Racionalizar o espaço de armazenamento e os recursos humanos;
- Evitar aquisição de produtos não padronizados que podem demandar maior tempo e custo para a instituição;
- Minimizar risco de falta de insumos no estoque;
- Evitar perdas por vencimento e possibilitar melhor gestão dos recursos financeiros da instituição de acordo com a aplicabilidade da curva ABC sob os itens padronizados.

Todos os integrantes da Comissão de Padronização devem assinar um documento de ausência de conflito de interesse, declarando que não têm interesse econômico ou pessoal em relação a nenhum fabricante/distribuidor de medicamentos e insumos, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal.

- Adquirir somente produtos com valor terapêutico comprovado e que atendam as demandas institucionais;
- Diminuir o número de produtos em estoque mantendo quantidades mínimas suficientes e estratégicas;
- Otimizar o controle de estoque e colaborar para melhores resultados nos indicadores de

PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS:

Os critérios de seleção de medicamentos e materiais (inicial, inclusão e exclusões posteriores) para a lista dos padronizados no Hospital Estadual de Luziânia, serão consenso entre os membros da Comissão presentes na reunião e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo quaisquer modificações documentadas e oficializadas.

O corpo assistencial do Hospital Estadual de Luziânia terá a prerrogativa de solicitar a inclusão, substituição ou exclusão de medicamentos e materiais na padronização, sempre que julgar necessário.

O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário "Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos e Materiais".

A Comissão deve emitir à Diretoria Geral parecer favorável ou não à alteração do arsenal terapêutico, com o preenchimento do Formulário "Roteiro de Análise e Parecer Técnico na Padronização de Medicamentos e Materiais".

Parágrafo único. Caso as recomendações e pareceres à Diretoria Geral não sejam aceitas para aprovação final, a CPMI deverá apresentar justificativa, por escrito, à Diretoria.

A resposta ao solicitante será através de Carta Resposta, elaborada pelo secretário, contendo a deliberação da Comissão e aprovação da diretoria geral e será entregue em até 10 dias corridos após o parecer da Diretoria Geral. No ato de entrega da Carta Resposta, o solicitante assinará em caderno protocolo para fins de documentação.

**FLUXO DA SOLICITAÇÃO DA INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO NA
PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS**

1- Período de inclusão:

As solicitações de inclusão deverão seguir os critérios:

- Selecionar apenas medicamentos de valor terapêutico comprovado (eficácia e segurança), preferindo os de menor toxicidade, e aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);
- Adotar a designação genérica do princípio ativo na lista de padronização conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);
- Ter como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME;
- Evitar multiplicidade de princípios ativos e materiais destinados ao mesmo fim (a inclusão de um item deverá estar sempre atrelada à possibilidade de exclusão de um representante da classe, anteriormente padronizado);
- Preferentemente estar disponível no mercado nacional;
- Evitar, sempre que possível, as associações medicamentosas, priorizando medicamentos com um único princípio ativo, em que o médico possa associar os medicamentos considerados necessários nas doses convenientes para cada caso.

A padronização de associações de fármacos só se justifica quando:

- A documentação clínica justifica o uso concomitante de mais de um fármaco;
- O efeito terapêutico da combinação é maior que a soma dos efeitos de cada um isoladamente;
- O custo da combinação é menor que a soma dos custos dos produtos em separado;
- Facilita a posologia para o paciente.

Pedido de exclusão:

As solicitações de exclusão deverão ser feitas através do preenchimento do Formulário de Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos e Materiais. Indicar a referência ou anexá-la (em caso de indisponibilidade de consulta on-line será obrigatório seu envio), conforme item 7, do referido formulário.

As solicitações de exclusão deverão seguir os critérios:

- Eliminar da padronização os medicamentos e materiais que tiveram sua comercialização proibida por órgão competente (nacional ou internacional);
- Substituir medicamentos ou materiais que têm outro, correspondente, com vantagens terapêuticas, de custo ou aquisição;
- Despadronizar medicamentos ou materiais que, por doze meses, não apresentem consumo;
- Que justifique sua manutenção em estoque como padronizado;
- Eliminar da padronização medicamentos que, em pesquisa interna de vigilância de reações adversas, tenha apresentado índice preocupante de ocorrência destes efeitos em pacientes internados ou materiais que apresentaram queixa técnica recorrente (três ou mais queixas em um período de até 3 meses);
- Comprovar toxicidade e/ou ineficácia do fármaco que será substituído/excluído.
- Comprovar que material não está sendo utilizado para o fim a que se destina representando risco ao paciente e que não possui evidência clínica ou recomendação oficial para tal uso.

As solicitações de substituição deverão ser feitas através do preenchimento do Formulário de Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos e Materiais. Indicar a referência ou anexá-la (em caso de indisponibilidade de consulta on-line será obrigatório seu envio).

As solicitações de substituição deverão seguir critérios de superioridade terapêutica, logísticas e/ou financeiras sobre o itens já padronizados, tais como:

R

- Menor risco/benefício;
- Menor custo/tratamento;
- Menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
- Maior estabilidade ou segurança para o usuário;
- Propriedades farmacológicas ou manuseio mais favoráveis;
- Maior comodidade na administração e utilização;
- Facilidade de dispensação

Após a entrega do formulário devidamente preenchido e seus anexos ao Serviço de Farmácia, será apresentado em reunião da Comissão de Padronização de Medicamentos e Insumos (CPMI) para análise conforme Roteiro de Avaliação e Parecer Técnico da instituição. Se a Comissão julgar necessário, a solicitação poderá retornar ao solicitante para complementação das informações.

A resposta formal, ao solicitante, contendo a deliberação da Comissão e aprovação da Diretoria Geral, será encaminhada pelo membro secretário em até 10 (dez) dias úteis após a deliberação.

Após emissão e homologação do parecer da CPMI pelo Presidente da Comissão junto ao Diretor Geral, novas solicitações sobre o mesmo produto somente serão aceitas após decorridos doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo informando sobre possibilidade de risco de vida dos usuários envolvidos.

Após parecer da CPMI, fica o setor de Compras e Farmácia sujeitos ao cumprimento das decisões.

Em casos de padronizações de produtos que não representem risco de vida dos usuários envolvidos, será feita a utilização de todo o estoque já disponível na instituição até que todo o quantitativo seja consumido e não serão feitas aquisições posteriores. Em casos de padronizações de produtos para substituições de outro preexistente, serão disponibilizados primeiramente os que estiverem em estoque e posteriormente os produtos novos, afim de evitar perdas por vencimento.

**MEDICAMENTOS PADRONIZADOS DE USO HOSPITALAR PELA CLASSIFICAÇÃO
ANATÔMICA TERAPÊUTICA QUÍMICA (ATC)**

Contempla os medicamentos selecionados e padronizados no Hospital Estadual de Luziânia, para serem utilizados na assistência ao paciente durante o período de internação, realização de procedimentos ambulatoriais e outras demandas internas como ações de limpeza e antissepsia.

Os fármacos listados foram descritos considerando a nomenclatura genérica de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB), seguidos pela dose ou concentração e forma farmacêutica e, estão ordenados conforme a classificação Anatômica Terapêutica Química (Anatomical Therapeutic Chemical - ATC), estabelecida pela Organização Mundial da Saúde

- OMS. ATC é um sistema de classificação de medicamentos, na qual os fármacos são distribuídos de acordo com o órgão ou sistema onde atuam e suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas.

Dentro deste elenco alguns medicamentos são classificados como potencialmente perigosos ou de alta vigilância, por apresentarem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em caso de falha na administração. Estes estão em destaque com letras maiúsculas em parte ou total do nome e na cor vermelha, conforme recomendação do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos

- ISMP Brasil.

Destacam-se ainda os medicamentos de uso restrito (R), os quais possuem indicação muito específica, potencial para indução de resistência microbiana e/ou alto custo, e, aqueles sob regime especial de controle, indicando a lista (A1, A2, B1, C1 e C3) a qual pertencem conforme Portaria SVS/MS nº 344/98 e suas atualizações. (Anexo IV)

A padronização de materiais apresenta todos os materiais médico hospitalares utilizados na instituição por ordem alfabética e de acordo com a unidade de compra adotada.

HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA**COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE
MEDICAMENTOS E MATERIAIS****DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSE:**

Eu _____

Matricula: _____

Cargo: _____

Você, ou alguém de sua família, tem interesse financeiro ou de outra natureza em alguma indústria farmacêutica, que poderá constituir um real, potencial ou aparente conflito de interesse em relação à sua participação nesta Comissão?

 SIM NÃO

Você teve, durante os últimos 5 anos, qualquer emprego ou relação profissional com alguma organização que é fabricante de medicamentos ou que represente organizações deste tipo?

 SIM NÃO

Se você respondeu SIM a uma das questões acima, por favor, explique no espaço abaixo os detalhes.

Existe algum outro tipo de conflito que afete sua objetividade ou independência em seu trabalho nesta Comissão?

Declaro que as informações acima são expressão da verdade e que nenhuma outra situação de conflito de interesse real ou potencial é conhecida por mim. Comprometo-me a comunicá-los sobre quaisquer mudanças nestas circunstâncias.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE
MEDICAMENTOS E MATERIAIS

SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO NA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

TIPO DE SOLICITAÇÃO

Inclusão Exclusão Alteração

1. IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

Nome genérico:

Apresentação (Forma farmacêutica e concentração):

Indicação terapêutica:

A indicação terapêutica está aprovada em bula? sim não uso off-label

É produzido e comercializado no Brasil? sim não

2. ESQUEMA TERAPÊUTICO RECOMENDADO:

Dose pediátrica: usual: máxima: _____ mínima: _____ Dose adulta: usual:
máxima: _____ mínima: _____

Duração do tratamento:

3. PREVISÃO DE CONSUMO:

Número de pacientes tratados mensalmente: _____

Número de pacientes/mês que preenchem critérios para usar o novo produto.

JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO/EXCLUSÃO/SUBSTITUIÇÃO



**6.0 PRINCÍPIO ATIVO SUGERIDO SUBSTITUI COM VANTAGENS OUTRO MEDICAMENTO
PADRONIZADO? () sim () não**Qual(is) medicamento(s) já padronizado(s) poderá(ão) ser excluído(s)?

7.REFERÊNCIAS

Fica a critério do solicitante apenas indicar a referência ou anexá-la. Em caso de indisponibilidade de consulta on-line será obrigatório seu envio.

Referências de estudos clínicos: publicadas em periódicos científicos nacionais e/ou internacionais que tenham política editorial seletiva e arbitrada pelos pares, preferencialmente de nível de evidência 1, grau A (revisões sistemáticas, metanálises ou ensaios clínicos randomizados).

Estudos farmacoeconômicos: preferencialmente estudo de custo-efetividade quando comparado com tratamentos consagrados.

Indicação de Diretrizes e Consensos Nacionais e Internacionais: Caso haja, o solicitante deverá informar o nome de cada sociedade de especialistas e a recomendação de utilização do medicamento com o nível de evidência.

8. SOLICITANTE

Nome completo/nº registro profissional): _____

Serviço: _____

Telefone: _____

e-mail: _____

9. DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE:

Declaro não apresentar conflito de interesses na recomendação acima.

Assinatura e carimbo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo Chefe do Serviço: _____

Data: _____

USO EXCLUSIVO SERVIÇO DE FARMÁCIA OU COMPRAS

Custo mensal:

Relacionar medicamentos já padronizados pertencentes a mesma classe terapêutica:

PARECER TÉCNICO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO:**É NECESSÁRIA A INSTITUIÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO?** sim não

Obs: Em caso afirmativo o solicitante deverá encaminhá-lo ao Serviço de Farmácia no prazo de 30 dias, a contar da data de recebimento do parecer técnico da CPMI para sua apreciação e considerações.

Data: ___/___/___	Carimbo e assinatura do Presidente da CPMI
----------------------	--

HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE
MEDICAMENTOS E MATERIAIS**ROTEIRO DE AVALIAÇÃO E PARECER TÉCNICO NA SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO NA LISTA DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

TIPO DE PROPOSTA

 Inclusão Exclusão Alteração IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

Nome Genérico:

Apresentação (Forma farmacêutica e concentração):

1. O produto está descrito adequadamente: sim nãoPrincipais indicações terapêuticas: sim não não informou Contraindicações, precauções e/ou toxicidade relacionadas ao uso deste medicamento: sim não não informouO medicamento possui registro na Anvisa: sim nãoA indicação terapêutica está aprovada em bula: sim não uso off-label Descreve Dose Diária Definida: Pediátrica sim não Adulta sim nãoO produto encontra-se disponível no mercado nacional? sim não não informou Duração do tratamento: sim não não informou2. Existem evidências (Estudos clínicos, Indicações de Diretrizes e Consensos, pareceres de Câmaras Internacionais ou experiências na Instituição) de segurança, eficácia e efetividade que justifique a alteração na padronização: sim nãoOs dados estão referenciados? sim nãoAs cópias das referências estão anexadas? sim não

3. O custo efetividade do tratamento proposto frente aos disponíveis na instituição justifica a alteração na padronização:

 sim não

4. Existe necessidade de restrição na utilização do medicamento:

 sim não Se sim, determinar: Clínica (s): Doença (CID): Médico (s) Prescritor (es): Solicitar Protocolo Clínico de uso Outros5. Existe necessidade de estudo de utilização do medicamento por tempo determinado com apresentação de relatório de resultados para análise de continuidade de uso? sim não

Se sim, determinar tempo de utilização, número de pacientes a serem tratados e responsáveis pela elaboração do relatório:

6. Em caso de EXCLUSÃO:

Avaliação do resumo das evidências clínicas, econômicas e/ou epidemiológicas que justifique uma solicitação (eficácia, efeitos colaterais, contraindicações, precauções, toxicidade, custo/médio de tratamento, custo/benefício, etc) com as referências bibliográficas.

7. Sugestão da CPMI:

Incluir no arsenal terapêutico: () sim () não Excluir do arsenal terapêutico: () sim () não Alterar do arsenal terapêutico: () sim () não

8. Comentários e/ou Justificativas:

Data: ____/____/____	Carimbo e assinatura do Presidente da CPMI
-------------------------	--



HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

PADRONIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS:

- Medicamentos para úlcera péptica e doenças de refluxo gastroesofágico.

Omeprazol 20 mg, cápsula ou comprimido Omeprazol 40 mg, cápsula ou comprimido

Omeprazol 40 mg, pó liofilizado em frasco-ampola + diluente

- Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais

Atropina 0,25 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL BromoPRIDA 4 mg/mL, solução oral em frasco gotejador 20 mL BromoPRIDA 10 mg, comprimido

Domperidona 1 mg/mL, suspensão pediátrica em frasco 100 mL Domperidona 10 mg, comprimido

Escopolamina 20 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL Escopolamina 10 mg + Dipirona 250 mg, comprimido

Escopolamina 4 mg + Dipirona 500 mg/mL, solução injetável em ampola 5 mL Metoclopramida 4 mg/mL, solução oral em frasco gotejador 10 mL Metoclopramida 10 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL

Simeticona 75 mg/mL, emulsão oral em frasco gotejador 10 mL

- Antieméticos e antinauseantes

Dimenidrinato 30 mg + Piridoxina 50 mg + Dextrose 1000 mg + D-frutose (levulose) 1000 mg/10 mL, solução injetável em ampola 10 mL

Ondansetrona (R) 4 mg, comprimido sublingual

Ondansetrona 8 mg, comprimido revestido

Ondansetrona 2 mg/mL, solução injetável em ampola 4 mL

- Terapia biliar

Ácido Ursodesoxicólico 150 mg, comprimido

- Medicamentos para constipação

Bisacodil 5 mg, drágea ou comprimido revestido

Fosfato de Sódio monobásico 16 g + Fosfato de Sódio dibásico 0 g, enema em frasco aplicador

130 mL Glicerina 12%, enema em frasco-ampola 500 mL + sonda

Lactulose 667 mg/mL, xarope em frasco 120 mL Óleo Mineral 100%, em frasco 100 mL

- Antidiarréicos, agentes anti-inflamatórios e anti-infecciosos intestinais

Loperamida 2 mg, comprimido

Nistatina 100.000 UI/mL, suspensão oral em frasco 50 mL Neomicina, Sulfato 3,3%, solução oral

em frasco 100 mL SulfaSSALAZina 500 mg, comprimido revestido

Sais para reidratação oral (Cloreto de sódio 3,5 g + Cloreto de potássio 1,5 g + Citrato de sódio

2,9 g + Glicose 20 g), pó em envelope 27,9 g

Medicamentos utilizados em diabetes

Glibenclamida 5 mg, comprimido

Insulina Regular 100 UI/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL Insulina NPH 100 UI/mL,

suspensão injetável em frasco-ampola 10 mL Metformina 500 mg, comprimido

Metformina 850 mg, comprimido

Vitaminas

CalciTRIOL (Vit D3) 0,25 mcg, cápsula gelatinosa mole CalciTRIOL (Vit D3) 1 mcg, solução injetável em ampola 1 mL

Polivitamínicos para Pediatria (Vit A 10.000UI + Vit D 800 UI + Vit B2 5 mg + Vit C 500mg + nicotinamida (niacinami- da) 100 mg + Vit B6 15 mg + dexpanotenol (pantenol) 25 mg + Vit E 50 mg/mL), solução oral em frasco gotejador 20 mL

Polivitamínicos para Adultos (Vit A 5000 UI + Vit B1 4 mg + Vit B2 2 mg+ nicotinamida (Vit PP) 10mg + Vit B6 1mg

+ Vit B5 10mg + Biotina (Vit H) 0,1mg + Vit C 50mg + Vit D 1000UI +Vit E 3mg/mL), solução injetável EV em ampola 10 mL Vitamina B1 (tiamina) 100 mg + Vit B6 (piridoxina) 100 mg + Vit B12 (cianocobalamina) 5000 mcg, solução injetável em ampola 3 mL

Vitaminas do Complexo B, drágea ou comprimido revestido Vitaminas do Complexo B, solução injetável em ampola 2 mL Vitamina B1 (tiamina) 100 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL Vitamina B6 (piridoxina) 100 mg, comprimido

Vitamina B12 (cianocobalamina) 1000 mcg, solução injetável em ampola 2 mL

SUPLEMENTOS MINERAIS

Cloreto de Potássio 60 mg {31,5 K+}/mL, xarope em frasco 150 mL Cloreto de Potássio 600 mg (315 mg K+), drágea

Oligoelementos para Pediatria (cobre 100 mcg + cromo 1 mcg + manganês 10 mcg + zinco 500 mcg/mL), solução

injetável em ampola 4 mL

Oligoelementos para Adultos (cobre 0,8 mg + cromo 10 mcg + manganês 0,4 mg + zinco 2,5 mg/mL), solução injetável em ampola 2 mL

MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SANGUE E ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS

• Agentes antitrombóticos

Ácido Acetilsalicílico 100 mg, comprimido

Alteplase (R), 50 mg, pó para solúvel injetável em frasco-ampola 50 mL + diluente Clopidogrel 75 mg, comprimido revestido

DipiRIDAMOL 10 mg, solução injetável em ampola de 2 mL Enoxaparina 40 mg, solução injetável SC em seringa 0,4 mL Enoxaparina 60 mg, solução injetável SC em seringa 0,6 mL Enoxaparina 80 mg, solução injetável SC em seringa 0,8 mL

EstreptoQUINASE(R) 1.500.000 UI, pó solúvel injetável em frasco-ampola Heparina 5.000 UI, solução injetável SC em ampola 0,25 mL

Heparina 5.000 UI/mL, solução injetável EV em frasco-ampola 5 mL Rivaroxabana (R), 15 mg, comprimido revestido

Tirofibana (R), 0,25 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 50 mL Varfarina 5 mg, comprimido

- **Anti-hemorrágicos**

Ácido Êpsilon Aminocapróico 4 g, solução injetável em frasco-ampola 20 ml Ácido Tranexâmico 250 mg, comprimido

Fibrinogênio (R) 5,5 mg + Trombina 2 UI, esponja 9,5 x 4,8 cm em envelope

Selante de Fibrina (R) (Fibrinogênio 70 a 110 mg + Aprotina 3000 KUI + Trombina 500 UI / mL após reconstituição) + diluente + sistema de diluição e aplicação, Kit para 5 mL

Vitamina K 1 (fitomenadiona) 10 mg, solução injetável EV em ampola 1mL

Vitamina K 1 (fitomenadiona) 10 mg solução injetável, IM em ampola 1mL

Vitamina K 1 (R) (fitomenadiona)2 mg, solução micelar injetável EV, VO, IM em ampola 0,2 ML

- **Antianêmicos**

Ácido Fólico 5 mg, comprimido

Eritropoietina Humana 4000 UI, solução injetável em frasco-ampola ou seringa Eritropoietina Humana (R) 10000 UI, solução injetável, em frasco-ampola ou seringa Sacarato de Hidróxido Férrico 100mg Fe III, solução injetável em ampola 5 mL

Sulfato Ferroso 125 mg/mL (25 mg/mL de Fe⁺⁺/mL), solução oral em frasco gotejador 30 mL

Sulfato Ferroso 300 mg (40 mg de ferro elementar), drágea ou comprimido revestido Vitamina B12 (cianocobalamina) 1000 mcg, solução injetável em ampola 2 mL

SUBSTITUTOS DO SANGUE E SOLUÇÕES PARA PERFUSÃO

Água para injeção, solução injetável em bolsa 500 mL. Água para injeção, ampola 10 mL.

Albumina Humana 20%, suspensão injetável em frasco-ampola 50 mL.

Aminoácidos + Taurina 10%, solução injetável para neonatos em frasco-ampola 250 mL.

Aminoácidos 10%, solução injetável em frasco-ampola 500 mL.

Aminoácidos 8% solução injetável para hepatopatas em frasco ampola 500 mL. Bicarbonato de Sódio 8,4%, solução injetável em ampola 10 mL.

Bicarbonato de Sódio 8,4%, solução injetável em frasco-ampola 250 mL. Cloreto de Potássio 19,1%, solução injetável em ampola 10 mL.

Cloreto de Sódio 0,9% solução injetável em ampola 10 mL. Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 100 mL. Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 250 mL. Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 500 mL. Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 1000 mL. Cloreto de Sódio 20%, solução injetável em ampola 10 mL.

Concentrado para Hemodiálise, fração ácida em bombona 5 litros.

Concentrado para Hemodiálise, fração básica em bombona 5 litros. Fosfato de Potássio 2 mEq/ml, solução injetável em ampola 10 mL.

Gelatina 3,5% + Cloreto de Sódio 0,85% + Cloreto de Potássio 0,038% + Cloreto de Cálcio 0,07%, solução injetável em bolsa 500 mL.

Glicose 5% + Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável em bolsa 500 mL.

Glicose 50%, solução injetável em ampola 10 mL. Glicose 50%, solução injetável em ampola 500 mL. Glicose 10%, solução injetável em bolsa 500 mL.

Gluconato de Cálcio 10%, solução injetável em ampola 10 mL. Hidroxietilamido 6%, solução injetável em bolsa 500 mL.

Lípidios MCT/LCT 10%, emulsão injetável em frasco-ampola 500 mL.

Lípidios MCT/LCT 20%, emulsão injetável em frasco-ampola 500 mL. Manitol 20%, solução injetável em bolsa 250 mL.

NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos + Zinco), solução injetável central em bolsa com aproximadamente 1300 mL

NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos + Zinco), solução injetável central em bolsa com aproximadamente 2000 mL

NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos), solução injetável periférico em bolsa com aproximadamente 1300 mL

NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos + Zinco), solução hiperprotéica injetável central em bolsa com aproximadamente 2000 mL

NPT 2:1 (Aminoácidos + Glicose + Eletrólitos), solução injetável em bolsa com aproximadamente 1000 mL

Ringer com Lactato, solução injetável em bolsa 500 mL

Solução de Collins, solução para perfusão e preservação de órgãos em frasco 1.000 mL + ampola de eletrólitos com 20mL

Sorbitol 27 mg + Manitol 5,4 mg/mL, solução injetável em bolsa 1000 mL

Sulfato de Magnésio 50%, solução injetável em ampola 10 mL

MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA CARDIOVASCULAR TERAPIA CARDÍACA

Adenosina 3 mg/mL solução injetável em ampola 2 mL

Alprostadil 20 mcg, pó solúvel injetável EV em frasco-ampola

AmiodARONA 200 mg, comprimido

AmiodARONA 50 mg/mL, solução injetável em ampola 3 mL

Deslanosídeo 0,4 mg, solução injetável em ampola 2 mL Digoxina 0,05 mg/mL, elixir em frasco 60 mL

Digoxina 0,25mg, comprimido

DOBUTamina 12,5 mg/mL, solução injetável em ampola 20 mL

DOPamina 5 mg/mL, solução injetável em ampola 10 mL

EFEDrina 50 mg, solução injetável em ampola 1 mL

EPINEFrina 1 mg, solução injetável em ampola 1 mL

ETILEfrina 10 mg, solução injetável em ampola 1 mL

Isossorbida 5 mg, comprimido sub lingual

Isossorbida 10 mg, comprimido

Lidocaina 2%, solução injetável em ampola 5 mL

NitroGLICERINA 50 mg, solução injetável em ampola de 10 mL

NOREPinefrina 2 mg/mL, solução injetável em ampola 4 mL

Sildenafil 5 mg/mL, solução oral em frasco gotejador 10 ML

CloNIDina 100 mcg, comprimido

CloNIDina 150 mcg, solução injetável em ampola 1 mL

HidrALAZINA 25 mg, comprimido

HidrALAZINA 50 mg, comprimido

HidrALAZINA 20 mg, solução injetável em ampola 1 mL Metildopa 500 mg, comprimido

NitroPRUSSIATO de Sódio 50 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

• **Diuréticos**

Espironolactona 25 mg, comprimido

Furosemida 10 mg/mL, solução oral em frasco 120 mL Furosemida 40 mg, comprimido

Furosemida 10 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL HidroCLOROTiazida 25 mg, comprimido

- **Vasodilatadores periféricos**

Pentoxifilina 400 mg, comprimido

Pentoxifilina 20 mg/mL, solução injetável em ampola 5 mL

- **Vasoprotetores**

Oleato de etanolamina 50 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL

- **Agentes betabloqueadores**

Atenolol 25 mg, comprimido

Atenolol 50 mg, comprimido

CarVEDilol 3,125 mg, comprimido

CarVEDdilol 0,25 mg, comprimido

CarVEDdilol 12,5 mg, comprimido

Metoprolol 50 mg, comprimido

Metoprolol 1 mg/mL, solução injetável em ampola 5 mL

Propranolol 40 mg, comprimido

- **Bloqueadores de canais de cálcio**

Anlodipino 10 mg, comprimido Diltiazem 60 mg, comprimido

NIFEDipina 20 mg, comprimido de ação retardada Verapamil 80 mg, comprimido revestido

Verapamil 2,5 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL

- **Agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina**

Captopril 12,5 mg, comprimido

Captopril 25 mg, comprimido

Enalapril 5 mg, comprimido

Enalapril 10 mg, comprimido

Losartana 50 mg, comprimido

Anlodipino 5 mg, comprimido

AGENTES QUE REDUZEM OS LIPÍDIOS SÉRICOS

Colestiramina 4 g, pó em envelope

Pravastatina 40 mg, comprimido

Sinvastatina 20 mg, comprimido

Sinvastatina 40 mg, comprimido

MEDICAMENTOS DERMATOLÓGICOS

• Antifúngicos para uso tópico

Cetoconazol 20 mg/g, creme tópico em bisnaga 20 g

Nistatina 100.000 UI + Óxido de Zinco 200mg/g, creme tópico em bisnaga 60 g

• Emolientes e protetores

Óleo Dermoprotetor (Ácidos Graxo + Vit A + Vit D), loção oleosa em frasco 200 mL

Oxido de Zinco 150 mg + Vit A 5000 UI + Vit D 900 UI/g, pomada tópica em bisnaga 45 g

Vaselina pura em bisnaga 15 g

• Preparações para o tratamento de feridas e úlceras

Colagenase 0,6 UI/g, pomada tópica em bisnaga 30 g

• Antipruriginosos incluindo anti-histamínicos e anestésicos

Lidocaina 2%, gel tópico em bisnaga 30 g

Lidocaina 10%, solução aerossol em frasco 50 mL

• **Antibióticos e agentes quimioterápicos para uso tópico**

Neomicina 5 mg + Bacitracina 250 UI/g, pomada tópica em bisnaga 10 g SulfADIAZINA de prata 1%, creme tópico em pote 500 g

• **Corticosteroide de uso tópico**

DEXAmetasona 0,1%, creme tópico em bisnaga 10 g

Álcool Etilico 70% + Glicerina 2%, solução tópica em frasco dispensador 1000 mL

Clorexidina 0,2%, solução aquosa tópica em frasco dispensador 1000 mL

Clorexidina 0,5%, solução alcoólica tópica em frasco dispensador 1000 mL

Clorexidina 2%, solução degermante em sachê ou frasco dispensador 1000 ML

Nitrato de Prata 5% em bastão

PVPI 10% (1% iodo), solução aquosa tópica em frasco 100 mL

PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES

Abaixador língua espátula de madeira. Descartável - pct Absorvente feminino em abas - pct

Agulha de punção de fistula arterio-venosa 16g - unidade

Agulha de punção de fistula arterio-venosa 17g - unidade

Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 13 x 4.5. Estéril - unidade

Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 20 x 5.5. Estéril. - unidade

Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 25 x 7.0. Estéril. - unidade

Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 25 x 8.0. Estéril - unidade

- Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 30 x 8.0. Estéril - unidade
- Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 40 x 12.0 estéril - unidade
- Agulha para anestesia raquidiana. 17g x 3.1/2 polegadas - unidade
- Agulha para anestesia raquidiana. 18g x 3.1/2 polegadas – unidade
- Agulha para anestesia raquidiana. 22g x 3.1/2 polegadas - unidade
- Agulha para anestesia raquidiana. 25 g. 3.1/2 polegadas - unidade
- Agulha para anestesia raquidiana. 27g x 3.1/2 polegadas - unidade
- Algodão hidrófilo rolo com 500 gramas - unidade
- Algodão hidrófilo, em bolas, pacote com 100 gramas - unidade
- Almotolia em plástico rígido âmbar. 500 ml bico reto longo - unidade
- Almotolia em plástico rígido transparente 500 ml bico reto longo - unidade
- Aparelho de tricotomia descartável - unidade
- Atadura tipo algodão ortopédico. 10cm x 1.0m - unidade
- Atadura tipo algodão ortopédico. 12cm x 1.0m - unidade
- Atadura tipo algodão ortopédico. 15cm x 1.0m - unidade
- Atadura tipo algodão ortopédico. 20cm x 1.0m - unidade
- Atadura tipo crepom. Medindo 06cm x 4.5m - unidade
- Atadura tipo crepom. Medindo 08cm x 4.5m - unidade
- Atadura tipo crepom. Medindo 10cm x 4.5m - unidade
- Atadura tipo crepom. Medindo 12cm x 4.5m - unidade
- Atadura tipo crepom. Medindo 15cm x 4.5m - unidade
- Atadura tipo crepom. Medindo 20cm x 4.5m - unidade
- Atadura tipo gessada rápida. Medindo 10cm x 3m - unidade
- Atadura tipo gessada rápida. Medindo 12cm x 3m - unidade

- Atadura tipo gessada rápida. Medindo 15cm x 3m - unidade
- Atadura tipo gessada rápida. Medindo 20cm x 3m – unidade
- Avental descartável em não tecido - unidade
- Bolsa de colostomia adulto peça única drenável - unidade Bolsa de colostomia descartável 30mm - unidade
- Bolsa de colostomia descartável 50mm - unidade
- Bolsa de colostomia infantil peça única drenável - unidade Bolsa de colostomia para neonatologia - unidade
- Cadafço sarjado achatado branco 12mm x 10m - unidade
- Cal sodada em granulos alta capacidade de absorção de co2 - unidade Caneta eletrocirúrgica descartável - unidade
- Cânula de guedel. N° 4 - unidade Cânula de guedel. N° 5 - unidade
- Cânula de traqueostomia metálica. N° 00 - unidade Cânula de traqueostomia metálica. N° 01 - unidade Cânula de traqueostomia metálica. N° 02 - unidade Cânula de traqueostomia metálica. N° 03 - unidade Cânula de traqueostomia metálica. N° 04 - unidade Cânula de traqueostomia metálica. N° 05 - unidade Cânula de traqueostomia metálica. N° 06 - unidade Cânula de traqueostomia metálica. N° 07 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 2.0 - unidade Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 2.5 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 3.0 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 3.5 - unidade cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 4.0 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 4.5 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 5.0 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 5.5 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 6.0 -unidade

- Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 6.5 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 7.0 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 7.5 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 8.0 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 8.5 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff n° 9.0 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 3.0 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 3.5 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 4.0 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 4.5 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 5.0 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 5.5 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 6.0 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 6.5 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 7.0 – unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 7.5 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 8.0 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 8.5 - unidade
- Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 9.0 - unidade
- Cânula p/ aspiração de medula óssea c/ empunhadura ergonômica - unidade
- Cânula para biópsia de tecidos moles, de guilhotina, com disparo semiautomático, tamanho 16g x 150mm - unidade
- Cânula para biópsia de tecidos moles, de guilhotina, com disparo semiautomático, tamanho 18g x 200mm - unidade

- Capa descartável para proteção de equipamento de laparoscopia - unidade
- Capa para colchão ante escaras tipo caixa de ovo - unidade
- Carga para grampeador linear cortante tlc 75mm (azul tecido normal) - unidade
- Cateter curto periférico n° 14 - unidade
- Cateter curto periférico n° 16- unidade
- Cateter curto periférico n° 18 - unidade
- Cateter curto periférico n° 20 - unidade
- Cateter curto periférico n° 22 - unidade
- Cateter curto periférico n° 24 - unidade
- Cateter duplo lúmen para hemodiálise curvo 11,5fr x 15cm - unidade
- Cateter duplo lúmen para hemodiálise curvo 11,5fr x 20cm - unidade
- Cateter duplo lúmen para hemodiálise reto 11,5fr x 15cm - unidade
- Cateter duplo lúmen para hemodiálise reto 11,5fr x 20cm - unidade
- Cateter para diálise peritoneal com 1 cuff 30cm - unidade
- Cateter para diálise peritoneal com 1 cuff 42cm - unidade
- Cateter para diálise peritoneal com 2 cuffs 09fr x 31cm - unidade
- Cateter para diálise peritoneal com 2 cuffs 12fr x 37cm - unidade
- Cateter para diálise peritoneal com 2 cuffs 42cm - unidade
- Cateter para embolectomia arterial com cuff n° 4.0 - unidade
- Cateter para embolectomia arterial com cuff n° 5.0 - unidade
- Cateter para embolectomia arterial com cuff n° 7.0 - unidade
- Cateter para oxigênio tipo óculos, adulto - unidade
- Cateter para oxigênio tipo óculos, neo natal - unidade
- Cateter para punção venosa central. N° 16 - unidade

- Cateter para punção venosa central. N° 19 - unidade
- Cateter para punção venosa central. N° 22 - unidade
- Cateter triplo lúmen, para hemodiálise curvo 12fr x 20 cm - unidade
- Cateter triplo lúmen, para hemodiálise reto 12fr x 20 cm - unidade
- Cateter umbilical número 3.5 - unidade
- Cera para osso - envelope com 2.5 gramas - unidade
- Clamp para bolsa de colostomia. Descartável. Plástico – unidade
- Colchão ante escaras tipo caixa de ovo - unidade
- Coletor de material perfuro cortante. Capacidade 13 litros - unidade Coletor de material perfuro cortante. Capacidade 7 litros - unidade Coletor de urina 24h retangular 2000ml - unidade
- Coletor de urina estéril 50ml - unidade Coletor de urina infantil unissex - unidade Coletor de urina não estéril 50ml - unidade
- Coletor de urina para uso em incontinência n° 04 - unidade Coletor de urina para uso em incontinência n° 05 - unidade Coletor de urina para uso em incontinência n° 06 - unidade Coletor de urina sistema aberto com barbante 2000ml - unidade Coletor de urina. Sistema aberto frasco de 1200ml - unidade
- Coletor de urina. Sistema fechado estéril bolsa de 2000ml - unidade
- Compressa cirúrgica. Campo operatório 45cm x 50cm. Não descartável -unidade
- Compressa de gaze aberta tipo queijo 91 cm x 91 m - unidade
- Compressa de gaze hidrófila esterilizada 7.5cm x 7.5cm - pacote com 10 unidades unidade
- Compressa de gaze hidró- fila não estéril. 7.5cm x 7.5cm - pacote com 500 unidades.
- Curativo de carboximetilcelulose sódica 10cm x 10cm - unidade
- Curativo de carboximetilcelulose sódica 15cm x 15cm - unidade
- Curativo de filme transparente de poliuretano 10cm x 12cm - unidade
- Curativo de filme transparente de poliuretano 6cm x 9cm - unidade

R

- Curativo de filme transparente de poliuretano 7cm x 8.5cm - unidade
- Curativo de filme transparente de poliuretano 8.5cm x 10.Sem - unidade
- Curativo de hidrocolóide sem borda 10cm x 10cm - unidade
- Curativo de hidrocolóide sem borda 20cm x 20cm - unidade
- Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f10 - unidade
- Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f5 - unidade
- Dialisador de polissulfona de baixo nuxo f6 - unidade
- Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f7 - unidade
- Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f7 - uso único - unidade
- Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f8 - unidade
- Dispositivo de circuncisão descartável plastibell -1.2cm - unidade
- Dispositivo de circuncisão descartável plastibell -1.5cm - unidade
- Dispositivo de circuncisão descartável plastibell -1.7cm - unidade
- Dosador oral 10ml com tampa – unidade
- Dreno de penrose nº 03 - unidade Dreno de penrose nº 04 - unidade
- Dreno de sucção estéril 3.2mm x 1.8 sist. Fechado de aspiração sanfonado c/ pinça clamp - 500ml - unidade
- Dreno de sucção estéril 4.8mm x 1.16 sist. Fechado de aspiração sanfonado c/ pinça clamp - 500ml - unidade
- Dreno de sucção estéril 6.4mm x 1.16 sist. Fechado de aspiração sanfonado c/ pinça clamp - 500ml - unidade
- Dreno tubular torácico nº 12 - unidade
- Dreno tubular torácico nº 14 - unidade
- Dreno tubular torácico nº 16 - unidade

- Dreno tubular torácico n° 18 - unidade
- Dreno tubular torácico n° 20 - unidade
- Dreno tubular torácico n° 22 - unidade
- Dreno tubular torácico n° 24 unidade
- Dreno tubular torácico n° 26 - unidade
- Dreno tubular torácico n° 28 - unidade
- Dreno tubular torácico n° 30 - unidade
- Dreno tubular torácico n° 32 - unidade
- Dreno tubular torácico n° 34 - unidade
- Dreno tubular torácico n° 36 - unidade
- Dreno tubular torácico n° 38 - unidade
- Dreno tubular torácico n° 40 - unidade
- Eletrodo de monitor cardíaco adulto - unidade
- Eletrodo de monitor cardíaco infantil - unidade
- Eletrodo de monitor cardíaco redden neonatal - unidade
- Eletrodo temporário bipolar p/ marca-passo - unidade
- Equipo macro gotas com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral para bomba de infusão -
brasino k102 - unidade
- Equipo macrogotas com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral para bomba de infusão -
hartmann – unidade
- Equipo macrogotas p/ bomba de infusão celmunidade
- Equipo macrogotas para infusão de soluções fotossensíveis com câmara de gotejamento flexível
e injetor lateral - unidade
- Equipo microgotas com pinça rolete e injetor em y - unidade

Equipo microgotas. Câmara graduada de capacidade igual ou acima de 150 ml e injetor lateral - unidade
Equipo para administração de dietas enterais com câmara de gotejamento flexível - unidade

Equipo para administração de dietas enterais com câmara de gotejamento flexível - infantil - unidade

Equipo para medida de pressão venosa central com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral - unidade
Equipo para transfusão sanguínea - unidade

Escova dupla face para antissepsia das mãos e antebraços, com pvpí - unidade

Escova dupla face para antissepsia das mãos e antebraços, sem pvpí - unidade
esfigmomanômetro adulto – unidade

Esfigmomanômetro infantil - unidade

Eletrodo descartável, pacote com 50 unidades - pacote

Esparradrapo impermeável 10cm x 4,5m - unidade

Estetoscópio tipo duo sonic - adulto – unidade

Estetoscópio tipo duo sonic - pediátrico - unidade
Extensão st para bomba de seringa 60 cm - unidade
Faixa smarch não estéril tam. 08cm - unidade
Faixa smarch não estéril tam. 10cm - unidade
Faixa smarch não estéril tam. 12cm - unidade
Faixa smarch não estéril tam. 15cm - unidade

Filtro com barreira total a bactéria e a vírus - unidade
Filtro de ar para incubadora vision 2186 - unidade

Fio cirúrgico algodão branco (fita) diam. 0 comp. 0,35 x 80cm - unidade

Fio cirúrgico algodão torcido azul diam. 0/0 sem agulha - unidade

Fio cirúrgico algodão torcido azul diam. 2/0 sem agulha unidade
fio cirúrgico algodão torcido azul diam. 3/0 sem agulha - unidade

Fio cirúrgico catgut cromado 1/0 70cm ag.1/2 circ romba 90mm - unidade

Fio cirúrgico catgut cromado 1/0 75cm ag.1/2 circ robusta 40mm - unidade

- Fio cirúrgico catgut cromado 2/0 comp. 70cm agulha 1/2 circ - unidade
- Fio cirúrgico catgut cromado 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 circ - unidade
- Fio cirúrgico catgut cromado 4/0 comp. 75cm agulha 1/2 circ - unidade
- Fio cirúrgico catgut cromado diam. 0 comp. 70 c / ag 1/2 circ - unidade
- Fio cirúrgico catgut cromado diam. 1 comp. 70 c / ag 1/2 circ - unidade
- Fio cirúrgico catgut simples 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 circ - unidade
- Fio cirúrgico catgut simples 4/0 comp. 75cm agulha 1/2 circ - unidade
- Fio cirúrgico catgut simples laçado 2/0 comp. 150cm 1/2 circ - unidade
- Fio cirúrgico linho 0/0 comp. 75cm agulha 3/8 circ - unidade
- Fio cirúrgico linho 2/0 comp. 70cm agulha 3/8 circ - unidade
- Fio cirúrgico linho 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 circ - unidade
- Fio cirúrgico monosyn incolor 3/0 comp. 70cm agulha 1/2 circ - unidade
- Fio cirúrgico monosyn incolor 4/0 comp. 45cm ag 3/8 triang - unidade
- Fio cirúrgico monosyn incolor 4/0 comp. 70cm agulha 1/2 circ - unidade
- Fio cirúrgico monosyn incolor 5/0 comp. 45cm ag. 3/8 triang - unidade
- Fio cirúrgico monOSYn incolor 5/0 comp. 70cm agulha 1/2 circ - unidade
- Fio cirúrgico nylon monofilamentar preto diam. 10/0 comp. 30 c/ ag 3/8 circulo espátula 6,2 mm - unidade
- Fio cirúrgico nYlon preto 0/0 comp. 45cm agulha 3/8 triang. - unidade
- Fio cirúrgico nylon preto 2/0 comp. 45cm agulha 3/8 circ triang - unidade
- Fio cirúrgico nylon preto 3/0 comp. 45cm agulha 3/8 circ triang - unidade
- Fio cirúrgico nylon preto 4/0 comp. 45cm agulha 3/8 circ triang - unidade
- Fio cirúrgico nylon preto 5/0 comp. 45cm agulha 3/8 circ triang - unidade
- Fio cirúrgico nylon preto 6/0 comp. 45cm agulha 1/2 circ triang - unidade

R

- Fio cirurgico nylon preto 8/0 comp. 30cm agulha 1/4 circ – unidade
- Fio cirurgico premicron pollester verde 5/0 75cm ag.1/2 cir - unidade
- Fio cirurgico premilene azul 0/0 comp. 75cm agulha 1/2 circ - unidade
- Fio cirurgico premilene azul 2/0 comp. 50 ag 3/8 circular - unidade
- Fio cirurgico premilene azul 2/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 circ – unidade
- Fio cirurgico premilene azul 3/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 circ - unidade
- Fio cirurgico premilene azul 4/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 circ - unidade
- Fio cirurgico premilene azul 5/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 circ - unidade
- Fio cirurgico premilene azul 6/0 comp. 75cm 2xag. 3/8 circ - unidade
- Fio cirurgico premilene azul 7/0 comp. 60cm 2xag. 3/8 circ - unidade
- Fio cirurgico safil quinck incolor 4/0 70cm ag. 1/2 circ - unidade
- Fio cirurgico safil violeta 4/0 ag 15mm 1/2 triang 45cm - unidade
- Fio cirurgico safil incolor 4/0 45cm ag. 3/8 circ triang - unidade
- Fio cirurgico safil incolor 5/0 45cm ag. 3/8 circ. Triang - unidade
- Fio cirurgico safil violeta 0 70cm ag. 3/8 circ. Cil. - unidade
- Fio cirurgico safil violeta 0/0 90cm ag. 1/2 circ. Cil. - unidade
- Fio cirurgico safil violeta 1 90cm ag. 1/2 circ. Cil. - unidade
- Fio cirurgico safil violeta 2/0 70cm ag. 1/2 circ. Cil. - unidade
- Fio cirurgico safil violeta 2/0 70cm ag. 1/2 circ. Triang. - unidade
- Fio cirurgico safil violeta 2/0 70cm ag. 3/8 circ. Triang. - unidade
- Fio cirurgico safil violeta 3/0 70cm ag. 1/2 circ. Cil. - unidade
- Fio cirurgico safil violeta 5/0 70cm ag. 1/2 circ. Retang. - unidade
- Fio cirurgico safil violeta 6/0 45cm ag. 1/4 circ. Esp. - unidade
- Fio cirurgico seda preta 0/0 75cm ag. 3/8 circ. Cil. - unidade

- Fio cirurgico seda preta 2/0 comp. 70cm ag. 3/8 circ. Cil. - unidade
- Fio cirurgico seda preta 3/0 comp. 45cm ag. 1/2 circ. Triang. - unidade
- Fio cirurgico seda preta 3/0 comp. 75cm ag. 3/8 circ. Cil. - unidade
- Fio cirurgico seda preta 4/0 comp. 45cm ag. 3/8 circ. Cil. - unidade
- Fio cirurgico seda preta diam. 1/0 comp. 10x75cm sem agulha - unidade
- Fio cirurgico seda preta diam. 2/0 comp. 10x75cm sem agulha - unidade
- Fio cirurgico synthofil poliéster verde 1/0 75cm ag. 1/2 triang. - unidade
- Fio cirurgico synthofil poliéster verde 2/0 75cm ag 1/2 triang. - unidade
- Fio cirurgico vicryl incolor diam. 7/0 comp. 45cm com 2xag 3/8 circulo espátula 65mm, - unidade
- Fio de aço diam. 0, c/ ag. 26mm 1/2 circulo cilindrica - unidade
- Fio de aço diam. 2, sem agulha, 3 x 60cm - unidade
- Fio de aço diam. 5 ces (8) fios, c/ ag. 48mm 1/2 triang. 45cm - unidade
- Fio monocryl incolor 4/0 comp. 45 cm ag. 3/8 triang. 16mm - unidade
- Fio pds ii violeta diam. 6/0 comp. 70 cm ag. 1/2 cilind. - unidade
- Fio prolene azul 2 comp 50cm ag. 3/8 triangular 75mm - unidade
- Fita adesiva hospitalar branca. 19mm x 50m - unidade
- Fita microporosa 1,2cm x 10m - unidade
- Fita microporosa 10cm x 10m – unidade
- Fita microporosa 2,5cm x 10m - unidade Fita microporosa 5cm x 10m - unidade
- Fralda descartável adulto tamanho g - unidade Fralda descartável adulto tamanho m - unidade
- Fralda descartável adulto tamanho p – unidade
- Fralda descartável infantil tamanho g - unidade Fralda descartável infantil tamanho m - unidade
- Fralda descartável infantil tamanho p - unidade
- Frasco p/ dieta enteral transparente, capacidade 300ml - unidade Frasco p/ dieta enteral transparente, capacidade 500ml - unidade Grampeador circular curvo 33mm (verde) - unidade

- Grampeador linear cortante tlc 75mm (c/ carga azul tecido normal) - unidade
- Haste flexível em polipropileno. Com algodão hidrófilo nas extremidades - caixa hemostático absorvível aproximadamente 5,5cm x 7,5cm - unidade
- Infusor 2 vias com clamp unidade infusor neo 2 vias com clamp - unidade Isolador condutor de pressão para hemodiálise - unidade
- Kit de gastrostomia percutânea 20fr x 3,5cm - unidade
- Kit para anestesia epidural em aço inoxidável. Calibre lóg - Kit para anestesia epidural em aço inoxidável. Calibre 18g - Kit para aspiração sistema fechado n° 14 - unidade
- Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 11 - caixa Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 15 - caixa Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 20 - caixa Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 22 - caixa Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 23 - caixa Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 24 - caixa Lanterna clínica em metal - unidade
- Lençol descartável. Em papel - unidade
- Linha arterial 8mm com catabolhas para hemodiálise - unidade
- Linha venosa 8mm com catabolhas para hemodiálise - unidade Luva cirúrgica estéril n° 6.0 - par Luva cirúrgica estéril n° 6.5 - par Luva cirúrgica estéril n° 7.0 - par Luva cirúrgica estéril n° 7.5 - par Luva cirúrgica estéril n° 8.0 - par Luva cirúrgica estéril n° 8.5 - par Luva de procedimento em plástico - par Luva de procedimento. Tamanho grande - caixa Luva de procedimento. Tamanho médio - caixa Luva de procedimento. Tamanho pequeno - caixa Luva de vinil transparente, tamanho p - caixa Madeira plástica c/ adaptador ao seio p/ retirada de leite – unidade Malha tubular em tecido 08cm x 15m - unidade

- Malha tubular em tecido 10cm x 15m - unidade
- Malha tubular em tecido 12cm x 15m - unidade
- Malha tubular em tecido 15cm x 15m – unidade
- Malha tubular em tecido 20cm x 15m - unidade
- Manta térmica para o controle de temperatura - unidade
- Máscara cirúrgica. Descartável pct. C/ 100 und - pct
- Máscara descartável específica para isolamento - unidade
- Máscara laringea n° 3 - unidade
- Máscara laringea n° 4 - unidade Máscara laringea n° 5 - unidade
- Perfurador de membrana amniótica - unidade
- Placa para eletrocautério - unidade
- Protetor de cateter do tipo luer - lock - unidade
- Protetor ocular para fototerapia tam. G - unidade
- Protetor ocular para fototerapia tam. M - unidade
- Protetor ocular para fototerapia tam. P - unidade
- Pulseira identificação paciente adulto na cor branca - unidade
- Pulseira identificação paciente infantil na cor branca - unidade
- Saco para óbito tamanho grande 0.90cm x 2.10m - unidade
- Saco para óbito tamanho médio 0.60cm x 1.50m - unidade
- Saco para óbito tamanho neo 0.30cm x 0.60cm - unidade
- Saco para óbito tamanho pequeno 0.50cm x 1.00m - unidade
- Sapatilha descartável pacote c/ 100 und - pct
- Scalp n° 19 - unidade
- Scalp n° 21 - unidade

Scalp n° 23 - unidade

Scalp n° 25 - unidade

Scalp n° 27 - unidade

Seringa descartável 10ml - unidade

Seringa descartável 1ml unidade

Seringa descartável 20ml - unidade

Seringa descartável 3ml - unidade

Seringa descartável 5ml - unidade

Seringa descartável 60 ml - unidade

Serra de gile. Em aço inoxidável. Com 50 cm para cirurgia ortopédica. Com excelente corte -
unidade

Sistema para drenagem mediastina de 2000ml - unidade

Sistema para drenagem mediastina de 500ml - unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 06 – unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 08 - unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 10 - unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 12 - unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 14 - unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 16 – unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 18 - unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 20 - unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 22 - unidade

Sonda folley 2 vias com cuff n° 24 - unidade

Sonda folley 3 vias com cuff n° 16 - unidade

- Sonda folley 3 vias com cuff n° 18 - unidade
- Sonda folley 3 vias com cuff n° 20 - unidade
- Sonda folley 3 vias com cuff n° 22 - unidade
- Sonda folley 3 vias com cuff n° 24 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 02 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 04 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 06 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 08 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 10 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 12 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 14 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 16 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 18 - unidade
- Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. N° 20 - unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 04 - unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 06 - unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 07 - unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 08 - unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 10 - unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 12 - unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 14 - unidade
- Sonda para aspiração traqueal sem válvula n° 16 - unidade
- Sonda para nutrição enteral com fio guia 08fr - unidade
- Sonda para nutrição enteral com fio guia 10fr - unidade

Sonda para nutrição enteral com fio guia 12fr - unidade

Sonda uretral n° 02 - unidade

Sonda uretral n° 04 - unidade

Sonda uretral n° 06 - unidade

Sonda uretral n° 08 - unidade

Sonda uretral n° 10 - unidade

Sonda uretral n° 12 - unidade

Sonda uretral n° 14 - unidade

Sonda uretral n° 16 - unidade

Sonda uretral n° 20 – unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 12mm x 180mm - unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 12mm x 250mm - unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 16mm x 180mm – unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 16mm x 250mm - unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 19mm x 180mm - unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 19mm x 250mm - unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 26mm x 180mm - unidade

Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 26mm x 250mm unidade

Tampa para recirculação unidade termômetro clínico analógico - unidade

Termômetro clínico digital - unidade

Termômetro digital com alarme máxima e mínima - unidade

Tira reagente para teste de glicemia caixa com 50 unidades - caixa Torneira descartável de três vias - unidade

Touca cirúrgica descartável pacote c/ 100 und - pct Tubo de silicone n° 204 pacote com 15 metros
- pct Tubo endotraqueal sem cuff n° 2.5 - unidade

Tubo endotraqueal sem cuff n° 4.0 - unidade Tubo endotraqueal sem cuff n° 4.5 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 4.0 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 4.5 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 5.0 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 5.5 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 6.0 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 6.5 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 7.0 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 7.5 - unidade

Tubo endotraqueal aramado com cuff n° 8.0 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 3.0 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 3.5 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 4.0 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 4.5 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 5.0 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 5.5 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 6.0 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 6.5 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 7.0 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 7.5 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 8.0 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 8.5 - unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 9.0 - unidade

Tubo endotraqueal duplo lúmen (robert shaw), n° 37 – unidade

Tubo endotraqueal sem cuff n° 3.0 - unidade

Tubo endotraqueal sem cuff n° 3.5 - unidade

Vessel loop - cadarço vascular (lx406mm) envelope com 2 und - unidade



APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS
SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL NO HOSPITAL
ESTADUAL DE LUZIÂNIA

A contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial será executada em observância aos princípios administrativos tais como economicidade, publicidade e moralidade e utilizando como referência de preços os valores disponíveis no Portal de Compras do Governos Estadual e Federal.

Serão usados ainda como referências, os seguintes critérios:

HOTELARIA

A hotelaria hospitalar é composta pela junção de serviços com o objetivo de promover a satisfação de todas as necessidades do usuário, as quais envolvem o seu bem-estar, segurança, privacidade e respeito a valores.

Entre os principais serviços que podem ser disponibilizados pela hotelaria estão:

- lavanderia
- limpeza e higienização;
- segurança privada

Limpeza e Higienização

Em uma unidade de saúde, os serviços de limpeza e higienização são de extrema importância e sua falta ou má execução impacta diretamente na segurança, fluxo e assistência aos pacientes, visitantes, e pessoas que transitam em suas dependências.

A limpeza irá contribuir para diminuir as infecções ambulatorial, gerando benefícios a todos os envolvidos. Os pacientes, muitas das vezes debilitados, ao contraírem infecção tendem a ser hospitalizados e assim permanecerem, gerando desgastes aos mesmos e mais ônus para a Administração. Portanto se faz necessário manter a prestação continuada do serviço de limpeza e desinfecção de superfícies da unidade de saúde de maneira adequada, dentro das normas e legislações pertinentes.

R

Os serviços de limpeza e higienização serão terceirizados e realizados por empresa especializada e os serviços executados e os materiais fornecidos para a execução dos mesmos devem seguir as seguintes referências normativas Portaria n°15, de 23 de agosto de 1988 ANVISA; Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimento de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 1994; Resolução RDC n° 14, de 28 de fevereiro de 2007; Resolução RDC n° 13, de 28 de fevereiro de 2007; Manual Técnico de Limpeza e Desinfecção de Superfícies Hospitalares e Manejo de Resíduos. IBAM/COMLURB, 2010; Segurança do Paciente em Serviços de Saúde — Limpeza e Desinfecção de Superfícies - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA — 2010; RDC Nº 42, de 25 de outubro de 2010; Normas Regulamentadoras: NR 5 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, NR 6 - Equipamento de Proteção Individual, NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, NR 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, NR 24 - Condições Sanitárias e Conforto nos Locais de Trabalho, NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde, Instrução Normativa n°- 6, de 23 de dezembro de 2013.

O risco de infecção ao paciente está relacionado aos procedimentos aos quais ele é submetido, independentemente da área em que ele se encontra. Mas, a classificação da área auxilia em algumas estratégias contra a transmissão de infecções, além de facilitar a elaboração de procedimentos para limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde (Limpeza e Desinfecção de Superfícies — ANVISA — 2010). 4.3.1.

Áreas críticas: são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos com maior risco, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. São exemplos desse tipo de área do Hospital Estadual de Luziânia: UTI, Centro Cirúrgico, Laboratório de Análises Clínicas, Central de Material e esterilização (CME), Serviço de Nutrição e Dietética (SND) e Farmácia.

Áreas semicríticas: são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São exemplos desse tipo de área: ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem e corredores.

Áreas não - críticas: são todos os demais compartimentos da unidade não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco.

São exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria.

Descrição Do Serviço - Serviços de Limpeza

Prestação de serviços de Limpeza da unidade de saúde, visando à obtenção de adequadas condições de salubridade e higiene nas dependências do Hospital Estadual de Luziânia, com a disponibilização de mão-de-obra qualificada, produtos saneantes, materiais de limpeza, equipamentos, papel higiênico, papel toalha, sacos de lixo, álcool gel, sabonete líquido, dispenses e papeleiras em quantidade suficiente para atender as necessidades da unidade.

A Limpeza da unidade de saúde consiste na limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis; remoção, redução ou destruição de microrganismos patogênicos; controle de disseminação de contaminação biológica, química, etc., mediante aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo, nas superfícies das diversas áreas da unidade, o que inclui tetos, pisos, paredes/divisórias, portas, janelas, mobiliários, equipamentos, instalações sanitárias, grades do ar condicionado e/ou exaustor, inclusive camas, quando da saída dos pacientes e demais instalações etc.

Os procedimentos de limpeza a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle de infecção hospitalar, destacando-se:

1. Habilitar os profissionais de limpeza para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas crítica, semicrítica e não crítica;
2. Identificar e sinalizar corredores e áreas de grande circulação durante o processo de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;
3. Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho;
4. Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive quando realizados com a utilização de luvas;
5. Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área da unidade antes dos procedimentos de limpeza;

6. Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/ contaminado para o mais sujo/ contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para a frente e de dentro para fora;
7. Realizar a coleta do lixo pelo menos 3 (três) vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. O lixo deverá ser transportado em carro próprio, fechado, com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emendas na sua estrutura;
8. Utilizar na prestação dos serviços somente produtos que possuam garantia de qualidade, conforme norma ABNT NBR ISO 9001, ou similar, bem como atender aos requisitos básicos estabelecidos pela legislação vigente e submetidos à prévia apreciação e aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial - CCIA; e,
9. Disponibilizar germicidas que possuam Certificado de Registro no Ministério da Saúde, contendo as características básicas do produto aprovado e Laudos específicos.
10. Usar luvas, panos e baldes de cores padronizadas para cada procedimento;
11. Usar técnica de dois baldes sendo um com água e solução detergente/desinfetante, e outro com água para o enxágue;
12. Lavar os utensílios utilizados na prestação de serviços (esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes, etc.) nas salas de utilidades indicadas pela Direção do Hospital Estadual de Luziânia, diariamente, ou sempre que utilizados em locais contaminados;
13. Realizar a limpeza de toda a fachada de vidro da unidade pelo menos uma vez por mês.

Obrigações e Responsabilidades da Contratada

A Contratada, além da disponibilização de mão-de-obra, dos produtos, dos materiais, dos utensílios e dos equipamentos em quantidades suficientes e necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza de áreas envolvidas, bem como das obrigações constantes na Minuta de Termo de Contrato, obriga-se a:

Quanto à mão-de-obra atacada para a prestação de serviços:

- Selecionar e preparar rigorosamente os empregados que irão prestar os serviços, encaminhando aqueles com nível de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho;
- Alocar os funcionários que irão desenvolver os serviços contratados somente após efetivo treinamento pertinente à limpeza hospitalar, com avaliação do conteúdo programático, o qual deve abordar todas as técnicas de forma teórica e prática, tais como: noções de fundamentos de higiene, noções de infecção ambulatorial, uso correto de EPIs, comportamento, postura, normas e deveres, rotinas de trabalho a serem executadas, conhecimento dos princípios de limpeza, dentre outros, em conformidade com os dispostos no Manual "Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies", da Anvisa (2012).

A capacitação técnica e preventiva deve ser inicial e continuada, sendo obrigatória a comprovação dos treinamentos realizados, devendo constar em documento comprobatório: data; carga horária; conteúdo programático; nome e formação ou capacitação do instrutor; nome e assinatura dos trabalhadores capacitados.

Indicar o profissional responsável técnico, devidamente habilitado e capacitado para supervisionar e garantir a execução dos serviços dentro das normas de boa prática e qualidade estabelecidas pela legislação vigente, ministrar treinamentos, selecionar, escolher, adquirir e prover o uso adequado de EPIs e produtos químicos;

Nomear encarregados responsáveis pelos serviços, com a missão de garantir o bom andamento dos trabalhos, fiscalizando e ministrando as orientações necessárias aos executantes dos serviços. Esses encarregados terão a obrigação de reportarem-se, quando houver necessidade, ao gestor/ fiscal do Contratante e tomar as providências pertinentes;

Manter sediado junto ao Contratante durante os turnos de trabalho, indivíduos capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos;

Manter seu pessoal uniformizado, identificando-os mediante crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual - EPIs;

Fornecer todo equipamento de higiene e segurança do trabalho aos seus empregados no exercício de suas funções; utilizando de forma correta os equipamentos de proteção individual (EPI) conforme Portaria MTE no 485, de 11 de novembro de 2005 - NR 32.

Realizar, por meio de responsável técnico especialmente designado, treinamentos e reciclagens periódicas aos empregados que estejam executando limpeza na unidade, conforme disposições contidas na NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde;

Instruir seus empregados quanto à necessidade de acatar as orientações do Contratante, inclusive quanto ao cumprimento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho, tal como prevenção de incêndio nas áreas do Contratante;

Exercer controle no que se refere à assiduidade e à pontualidade de seus empregados;

Manter a disciplina entre os seus funcionários;

Assegurar que todo empregado que cometer falta disciplinar, não será mantido nas dependências da execução dos serviços ou quaisquer outras instalações do Contratante;

Atender de imediato às solicitações do Contratante quanto às substituições de empregados não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;

Manter o controle de vacinação, nos termos da legislação vigente, aos funcionários diretamente envolvidos na execução dos serviços;

Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus funcionários acidentados ou com mal súbito, por meio de seus encarregados;

Apresentar, quando solicitado, os comprovantes de fornecimento de benefícios e encargos;

Preservar e manter o Contratante à margem de todas as reivindicações, queixas e representações de qualquer natureza, referente aos serviços, responsabilizando-se expressamente pelos encargos trabalhistas e previdenciários.

Da execução dos serviços

R

Implantar de forma adequada, e em conjunto com o gestor de contratos e a CCIH, a planificação, a execução e a supervisão permanente dos serviços, garantindo suporte para atender a eventuais necessidades para manutenção de limpeza das áreas requeridas;

Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os produtos e materiais, observando o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e as recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente, em especial a NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, inclusive:

- sacos plásticos para acondicionamento de resíduos constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2D00 da ABNT, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento;
- os sacos devem ficar contidas em recipiente de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento e garantir recipientes para coleta de perfurocortantes;
- todos os utensílios e equipamentos devem ter quantidade, qualidade e tecnologia adequadas para a boa execução dos serviços.
- Dar ciência imediata e por escrito ao Contratante no que se refere a qualquer anormalidade que seja verificada na execução dos serviços, inclusive no que tange à correta segregação dos resíduos;

Prestar os esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível;

Executar os serviços em horários que não interfiram no bom andamento da rotina de funcionamento do Contratante;

Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus ao Contratante, para que não haja interrupção dos serviços prestados;

Distribuir nos sanitários papel higiênico, sabonetes e papel toalha, de forma a garantir a manutenção de seu funcionamento;

R

Permitir e colaborar com a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados do Contratante, que mensalmente emitirão relatório sobre a qualidade dos serviços prestados, indicando os cálculos para obtenção dos valores a serem faturados.

Cabe à Contratada completar ou substituir a material considerado inadequado pela Contratante, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas;

Dos produtos utilizados

No início de cada mês, fornecer à Contratante todos os produtos necessários para a execução dos serviços de limpeza no período, em quantidade e qualidade adequada, para a aprovação pela fiscalização do contrato;

Utilizar produtos com os princípios ativos permitidos segundo a Resolução RDC no.1S/MS/SNVS, de 16/08/10- Fenólicos; quaternários de amônio; compostos orgânicos. e inorgânicos; iodo e derivados; álcoois e glicóis.

Respeitar a legislação vigente para o transporte, manuseio e armazenagem dos saneantes domissanitários e dos produtos químicos;

Apresentar ao Contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com pacientes ou empregados de Contratada, ou com terceiros;

Utilizar produtos somente após devida aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial - CCIA e autorização do gestor/ fiscal do Contratantes e

Observar conduta adequada na utilização dos produtos e materiais destinados à prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

b) Os cuidados em relação ao uso de produtos químicos que devem ser observados são:

- Estabelecer quais produtos podem ser utilizados.
- Adquirir somente produtos com notificação/ registro deferido no Ministério

da Dos equipamentos e utensílios utilizados;

Identificar todos os equipamentos, ferramentas e utensílios de sua propriedade, tais como: aspiradores de pó, enceradeiras, mangueiras, baldes, carrinhos para transporte de resíduos, escadas e outros, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade do Contratante;

Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços, em perfeitas condições de uso, devendo os danificados serem substituídos em até 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos na rede elétrica;

3. Utilizar rótulos (símbolos e expressões), identificar os recipientes de acondicionamento, carros de transporte interno e externo, atendendo aos parâmetros referenciados na norma ABNT NBR 7500 que trata dos símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de material, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos;

4. Observar conduta adequada na utilização dos utensílios e dos equipamentos disponibilizados para a prestação dos serviços, objetivando a correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços;

Dos Resíduos

Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade Contratante e demais exigências legais nos termos da Lei Estadual nº 12.300, de 16/3/06; dos Decretos Estaduais nº 54.645 de 5/8/09 e 55.565, de 15/3/10; da Resolução RDC nº 306 de 7/12/2004, da Resolução MMA nº 358 de 29/4/2005 e da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC nº- 1, de 29/6/98, com o objetivo do gerenciamento dos resíduos gerados nos serviços de saúde com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente; realizando a segregação no momento da geração do resíduo e destinando adequadamente os materiais perfurocortantes.

O procedimento de recolhimento dos resíduos de serviços de saúde deve sempre contemplar as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento e transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo às normas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas e a legislação vigente;

R

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deve ser elaborado pela unidade geradora do Contratante, contemplar todos os Grupos de Resíduos gerados no estabelecimento (Grupos A, B, C, D e E), e atender integralmente ao estabelecido no roteiro constante da Lei Estadual nº 12.800, de 16/3/06; Decreto Estadual nº 54.645 de 5/8/09; Resolução RDC nº 306 de 7/12/2004 da ANVISA, Resolução MMA nº 358 de 29/4/2005 e na Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC n 1, de 29/6/98:

(a) Consideram-se o conceito cuja simbologia e identificação dos locais de geração de resíduos e correspondente fluxo é de responsabilidade do Contratante:

Embalar, nos termos do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo II da norma NBR 9120, 9190, 9191, 13056 e 7500, observando-se o disposto no item 4.8 da NBR 9191 — devem constar em saco individual, a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um terço da altura a partir de baixo). O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei Federal nº 6.360/76, regulamentada pelo Decreto Federal nº 79.094/77 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto;

Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade;

Utilizar, obrigatoriamente, paramentação, incluindo bota e luva de borracha (expurgo), quando do manuseio do resíduo embalado e de sua retirada após esse procedimento;

Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para o grupo de resíduo, fechado com tampa, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondados, sem emenda na estrutura, e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo nele contido. Deve ser provido de rodas revestidas de material que reduza o ruído;

Os contêineres 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.

Elaborar, para a utilização dos elevadores de serviços, planejamento e programação dos horários de retirada interna dos resíduos, de forma a evitar o cruzamento de fluxo com outras atividades, tais como SND - Serviço de Nutrição e Dietética, lavanderia e transporte de pacientes;

Armazenar o resíduo, devidamente embalado, no depósito de resíduos indicado pelo Contratante;

Os resíduos, uma vez coletados no ponto de geração, devem permanecer no mesmo recipiente até o armazenamento externo, antes da coleta final; e

Proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

Obrigações e Responsabilidades

- Elaborar e manter um programa interno de treinamento de seus empregados para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, observadas as normas ambientais vigentes;
- Receber, do Contratante, informações a respeito dos programas de uso racional dos recursos que impactem o meio ambiente;
- Responsabilizar-se pelo preenchimento do "Formulário de Ocorrências para Manutenção" por seu encarregado, que poderá ser fornecido pelo Contratante;
- Quando houver ocorrências, o encarregado deverá entregar ao Contratante o "Formulário de Ocorrências para Manutenção" devidamente preenchido e assinado;

Exemplos de ocorrências mais comuns e que devem ser apontadas:

- Vazamentos na torneira ou no sifão de lavatórios e chuveiros;
- Saboneteiras e toalheiros quebrados;
- Lâmpadas queimadas ou piscando;
- Tomadas e espelhos soltos;
- Fios desencapados;
- Janelas, fechaduras ou vidros quebrados;
- Carpete solto, entre outras.

A Contratada deverá capacitar parte do seu pessoal quanto ao uso da água. Essa capacitação poderá ser feita por meio do material "O Uso Racional da Água", oferecido pela SANEAGO em seu sítio na Internet. Os conceitos deverão ser repassados para equipe por meio de multiplicadores;

A Contratada deverá adotar medidas para se evitar o desperdício de água tratada, conforme instituído no Decreto Estadual nº 48.138, de 07/10/03;

Colaborar com as medidas de redução de consumo e uso racional da água, cujos encarregados devem atuar como facilitadores das mudanças de comportamento de empregados da Contratada, esperadas com essas medidas;

Sempre que adequado e necessário, a Contratada deverá utilizar-se de equipamento de limpeza com jatos de vapor de água saturada sob pressão, por sua economicidade.

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de equipamentos e complementos que promovam a redução do consumo de água.

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição de produtos e equipamentos que apresentem eficiência energética e redução de consumo;

Durante a limpeza noturna, quando permitido, acender apenas as luzes das áreas que estiverem sendo ocupadas;

Comunicar ao Contratante sobre equipamentos com mal funcionamento ou danificados como lâmpadas queimadas ou piscando, zumbido excessivo em reatores de luminárias e mau funcionamento de instalações energizadas;

Sugerir os locais e medidas que tenham a possibilidade de redução do consumo de energia, tais como: desligamento de sistemas de iluminação, instalação de interruptores, instalação de sensores de presença, rebaixamento de luminárias etc.;

Ao remover o pó de cortinas e persianas, verificar se estas não se encontram impedindo a saída do ar condicionado ou aparelho equivalente;

Verificar se existem vazamentos de vapor ou ar nos equipamentos de limpeza, o sistema de proteção elétrica e as condições de segurança de extensões elétricas utilizadas em aspiradores de pó, enceradeiras, etc.;

Realizar verificações e, se for o caso, manutenções periódicas nos seus aparelhos elétricos, extensões, filtros, recipientes dos aspiradores de pó e nas escovas das enceradeiras. Evitar ao máximo o uso de extensões elétricas;

Repassar a seus empregados todas as orientações referentes à redução do consumo de energia fornecidas pelo Contratante.

Separar e entregar ao Contratante as pilhas e baterias dispostas para descarte que contenham em suas composições chumbo, cádmio, mercúrio e seus compostos, ou aos estabelecimentos que as comercializam ou à rede de assistência técnica autorizada pelas respectivas indústrias, para repasse aos fabricantes ou importadores, para que esses adotem, diretamente ou por meio de terceiros, os procedimentos de reutilização, reciclagem, tratamento ou disposição final ambientalmente adequada, em face dos impactos negativos causados ao meio ambiente pelo descarte inadequado desses materiais. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA n.º 401, de 5/11/2008.

Tratamento idêntico deverá ser dispensado a lâmpadas fluorescentes e frascos de aerossóis em geral;

Encaminhar os pneumáticos inservíveis abandonados ou dispostos inadequadamente aos fabricantes para destinação final, ambientalmente adequada, tendo em vista que esses constituem passivo ambiental, que resulta em sério risco ao meio ambiente e à saúde pública. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA n.º - 416, de 30 de setembro de 2009 e à Instrução Normativa do IBAMA n.º-01, de 18 de março de 2010.

Quando implantado pelo Contratante Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, colaborar de forma efetiva no desenvolvimento das atividades do programa interno de separação de resíduos sólidos, em recipientes para coleta seletiva nas cores internacionalmente identificadas, disponibilizados pelo Contratante;

No Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, a Contratada deverá observar as seguintes regras:

a) Materiais não recicláveis:

Materiais denominados REJEITOS, para os quais ainda não são aplicadas técnicas de reaproveitamento, dentre eles: lixo de banheiro; papel higiênico; lenço de papel e

outros como: cerâmicas, pratos, vidros pirex e similares; trapos e roupas sujas; teco de cigarro; cinza e ciscos (que deverão ser segregados e acondicionados separadamente para destinação adequada); acrílico; lâmpadas fluorescentes (acondicionadas em separado); papéis plastificados, metalizados ou parafinados; papel carbono e fotografias; fitas e etiquetas adesivas; copos descartáveis de papel; espelhos, vidros planos, cristais; pilhas (acondicionadas em separado e enviadas para fabricante).

b) Materiais Recicláveis:

Para os materiais secos recicláveis, deverá ser seguida a padronização internacional para a identificação, por cores, nos recipientes coletores (VERDE para vidro, AZUL para papel, AMARELO para metal, VERMELHO para plástico e BRANCO para lixo não reciclável).

Quando implantadas pelo Contratante, operações de compostagem/ fabricação de adubo orgânico, a Contratada deverá separar os resíduos orgânicos da varrição de parques (folhas, gravetos etc.) e encaminhá-los posteriormente para as referidas operações, de modo a evitar sua disposição em aterro sanitário;

Fornecer sacos de lixo nos tamanhos adequados à sua utilização, com vistas à otimização em seu uso, bem como a redução da destinação de resíduos sólidos;

Otimizar a utilização dos sacos de lixo, cujo fornecimento é de sua responsabilidade, adequando sua disponibilização quanto à capacidade e necessidade, esgotando dentro do bom senso e da razoabilidade o volume útil de acondicionamento, objetivando a redução da destinação de resíduos sólidos;

Observar, quando pertinente, as disposições, da Lei Municipal, quanto à organização de sistemas de coleta seletiva nos grandes geradores de resíduos sólidos, bem como o recolhimento periódico dos resíduos coletados e o envio destes para locais adequados, que garantam o seu bom aproveitamento, ou seja, a reciclagem.

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de produtos biodegradáveis, observando o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana nos termos da Resolução RDC nº 35, de 16 de agosto de 2010.

Utilizar racionalmente os saneantes domissanitários cuja aplicação nos serviços deverá observar regra basilar de menor toxicidade, livre de corantes e redução drástica de hipoclorito de sódio;

Manter critérios de qualificação de fornecedores levando em consideração as ações ambientais por esses realizadas.

Observar rigorosamente, quando da aplicação e/ou manipulação de detergentes e seus congêneres, no que se refere ao atendimento das prescrições do artigo 44, da Lei Federal nº - 6.360 de 23 de setembro de 1976 e do artigo 67, do Decreto Federal nº 8.077, de 14 de agosto de 2013, as prescrições da Resolução ANVISA nº 1, de 5 de junho de 2008, cujos itens de controle e fiscalização por parte das autoridades sanitárias e do Contratante são os Anexos da referida Resolução: ANEXO I — Tipos/ Categorias de produtos de limpeza e afins; ANEXO II

- 3.4Z -Rotulagem para produtos de limpeza e afins.

Fornecer saneantes domissanitários devidamente registrados no órgão de vigilância sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme disposto no Decreto Federal nº8.077, de 14 de agosto de 2013, que regulamenta a Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976; Observar a rotulagem quanto aos produtos desinfetantes domissanitários, conforme Resolução RDC nº 34, de 16 de agosto de 2010, e os anexos 4 e 5 da Portaria 321/MS/SNVS, de 08 de agosto de 1997, assim como o Artigo 4 da Lei Federal 12.236, de 2s de dezembro de 2015.

Em face da necessidade de ser preservada a qualidade dos recursos hídricos naturais, de importância fundamental para a saúde, somente aplicar saneantes domissanitários cujas substâncias tensoativas aniônicas, utilizadas em sua composição sejam biodegradáveis, conforme disposições da Resolução RDC nº- 180, de 3 de outubro de 2006 que aprova o Regulamento Técnico sobre Biodegradabilidade dos Tensoativos Aniônicos para Produtos

Saneantes Domissanitários:

a) Considera-se biodegradável a substância tensoativa susceptível de decomposição e biodegradação por microrganismos; com grau de biodegradabilidade mínimo de 9096. Para essa finalidade específica, fica definido como referência de biodegradabilidade o n-dodecilbenzeno sulfonato de sódio. A verificação da biodegradabilidade será realizada pela análise da substância tensoativa aniônica utilizada na formulação do saneante ou no produto acabado;

b) O Contratante poderá coletar uma vez por mês, e sempre que entender necessário, amostras de saneantes domissanitários, que deverão ser devidamente acondicionadas em recipientes esterilizados e lacrados, para análises laboratoriais.

b.1) Os laudos laboratoriais deverão ser elaborados por laboratórios habilitados pela Secretaria de Vigilância Sanitária. Deverão constar obrigatoriamente do laudo laboratorial, além do resultado dos ensaios de biodegradabilidade, os resultados da análise química da amostra analisada.

Quando da aplicação de álcool, deverá se observar a Resolução RDC n° 46, de 20 de fevereiro de 2002 que aprova o Regulamento Técnico para o álcool etílico hidratado em todas as graduações e álcool etílico anidro;

Ficam terminantemente proibidos, na prestação de serviços de limpeza e higienização predial, o fornecimento, a utilização e a aplicação de saneantes domissanitários ou produtos químicos que contenham ou apresentem em sua composição:

Corantes — relacionados no Anexo I da Portaria n-° 9 MS/SNVS, de 10 de abril de 1987;

Saneantes Domissanitários de Risco I -listados pelo art. 5º da Resolução n° 336, de 30 de julho de 1999 e em conformidade com a Resolução ANVISA RE n-° 913, de 25 de junho de 2001;

Saneantes Domissanitários fortemente alcalinos - apresentados sob a forma de líquido premido (aerossol), ou líquido para pulverização, tais como produtos desengordurantes, conforme Resolução o RDC n° 32, de 27 de junho de 2013;

Benzeno — conforme Resolução RDC n° 252, de 16 de setembro de 2003, e recomendações dispostas na Lei Federal n° 6.360, de 23 de setembro de 1976, pelo Decreto Federal n-° 8.077, de 14 de agosto de 2013 e pela Lei Federal n° 8.078, de 11 de setembro de 1990, uma vez que de acordo com estudos IARC —International Agency Research on Cancer, agência de pesquisa referenciada pela OMS - Organização Mundial de Saúde, a substância benzeno foi categorizada como cancerígena para humanos;

Inseticidas e raticidas - nos termos da Resolução Normativa CNS n° 01, de 04 de abril de 1979.

Os produtos químicos relacionados pela Contratada, de acordo com sua classificação de risco, composição, fabricante e utilização, deverão ter notificação ou registro deferido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da Saúde, conforme Resolução RDC n°- S9, de 22 de dezembro de 2010. A consulta aos saneantes notificados e registrados está disponível na seção de Consulta ao Banco de Dados, no sítio da ANVISA:

<http://www.anvisa.gov.br/saneantes/banco.htm>.

Recomenda-se que a Contratada utilize produtos detergentes de baixas concentrações e baixos teores de fosfato.

Apresentar ao Contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com empregados da Contratada, ou com terceiros.

Para seus equipamentos de limpeza que gerem ruído em seu funcionamento, observar a necessidade de Selo Ruído, como forma de indicação do nível de potência sonora, medido em decibel - Db(A), conforme Resolução CONAMA n° 020, de 07 de dezembro de 1994, em face do ruído excessivo causar prejuízo à saúde física e mental, afetando particularmente a audição.

A utilização de tecnologias adequadas e conhecidas permite atender às necessidades de redução de níveis de ruído.

Resumo dos Materiais/equipamentos Utilizados a serem fornecidos pela contratada: Baldes plásticos de cores distintas (vermelho e azul) de 15 litros; Seladores e impermeabilizantes; Cálice graduado para diluição de desinfetantes; Pá de aço ou plástico para coleta de lixo; Panos para limpeza: tipo saco alvejado, multiuso e flanela Polidor de metais; Hipoclorito de Sódio a 196; Detergente desinfetante tipo desodorizador a base de quaternário de amônia; Detergente líquido neutro concentrado para pisos; Desentupidor de pias; Desentupidor de vaso sanitário; Desinfetante líquido a base de eucalipto; Rodos (40 e 60 cm em alumínio ou plástico resistente); Escovas para sanitários; Saco plástico branco leitoso tipo II NBR 9190: 40, 60 e 100 litros; Saco plástico preto NBR 9191: 40, 60 e 100 litros; Sacos de lixo de todos os tipos necessários, Cera antiderrapante; Álcool 70%; Álcool em gel e dispensers; Sabonete líquido e dispensers; Papel Higiênico e papeleiras, toalhas de papel e Porta Toalhas; Removedor de ceras; Palha e lâ de aço; Disco para lustrar; Disco para lavar; Vassoura limpa teto; Esponja de limpeza;

Lustra móveis; Kit limpa vidros; Carro de limpeza; Carro fechado, lavável para transporte de lixo conforme orientado no Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde da Unidade Contratante; Carro plataforma; Enceradeira industrial; Escadas de tamanho diversos; Máquina lavadora com jato de água à pressão; Rastelo; Garfo; Enxada; Vassoura leque; Enceradeira alta rotação Highspeed; Vassoura tipo Mop seco e água + Cabeleiras; Luvas grossas de borracha nos diversos tamanhos em duas cores distintas; rádios comunicadores; Carriola e outros materiais e equipamentos para atender adequadamente as necessidades dos serviços. Todos os materiais e equipamentos deverão ser de primeira qualidade .

Quantitativo Estimado de Pessoal

Para a prestação dos serviços de limpeza, higienização e jardinagem, estima-se o seguinte quantitativo de pessoal:

Descrição	Jornada	Turno	Quantitativo de pessoal	Quantitativo de Postos
Auxiliar de Serviços Gerais	44 hs semanais	Diurno	36	12
Auxiliar de Serviços Gerais	44 hs semanais	Noturno	18	12
Encarregada	44 hs semanais	Diurno	6	1
Encarregada	44 hs semanais	Noturno	3	1
Jardineiro	44 hs semanais	Diurno	4	1
Supervisor	44 hs semanais	Diurno	3	1

SERVIÇO DE VIGILÂNCIA

Função dos Vigilantes:

- Fazer rondas internas e externas do edifício, durante o dia e à noite;
- Possibilitar o máximo de segurança possível contra roubo/furto e sabotagens em materiais, equipamentos e outros;
- Comunicar imediatamente, registrando por escrito, ao setor competente da Contratante, bem como à pessoa responsável pelo serviço, todo acontecimento entendido irregular e que atente contra a segurança, bem como qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
- Manter constante verificação de entrada e saída de público e colaboradores nos diversos setores do prédio;
- Controlar a entrada e saída de pessoas, fora do horário normal de expediente, conferindo listagem de colaboradores que tem livre acesso ao local;
- Conferir listagem de colaboradores que tem livre acesso ao prédio a qualquer hora, dentro ou fora do horário de expediente;
- Permitir o ingresso nas dependências internas somente de pessoas previamente identificadas e autorizadas pelo Contratante;
- Restringir a circulação de pessoas alheias ao serviço em prédio de serviços internos, sem a circulação de público;
- Fiscalizar a entrada e saída de objetos e equipamentos do prédio;
- Não permitir o ingresso de vendedores ambulantes e assemelhados, bem como todas as atividades comerciais;
- Observar a movimentação de indivíduos suspeitos, adotando medidas de segurança necessárias para evitar qualquer eventualidade anormal;
- Recolher qualquer objeto encontrado nas dependências da Contratante e entregá-lo ao setor competente;
- Manter seus equipamentos de trabalho e armamento em perfeitas condições de uso;
- Seguir os horários fixados na escala de trabalho, baseada nos postos de vigilância estabelecidos;
- Manter afixado no posto de vigilância, em local visível, o número de telefone da Delegacia de Polícia da Região, do Corpo de bombeiros, da Central Elétrica, da SANEAGO, dos

técnicos responsáveis pela assistência Técnica e dos responsáveis pela administração do prédio;

- Colaborar com as polícias civil e militar nas ocorrências de ordem policial nas dependências da Contratante, facilitando, o melhor possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
- O vigilante deverá assumir diariamente o posto de vigilância devidamente uniformizado, barbeado, cabelos aparados e limpos e manter-se no posto, não devendo se afastar de seus afazeres, principalmente para atender chamados e/ou cumprir tarefas solicitadas por terceiros não autorizados;
- O Cassetete deverá ser utilizado somente em defesa própria ou de terceiros e na guarda de patrimônio do Contratante, depois de esgotados todos os meios para a solução eventual do problema;
- Cumprir a programação dos serviços de acordo com determinação do Contratante de forma a garantir as condições de segurança das instalações, dos servidores e usuários em geral que se façam presentes;
- Proteger os bens móveis e imóveis existentes nas dependências onde os serviços estão sendo prestados, para impedir danos ou prejuízos ao Patrimônio Público;
- Observar as regras para a utilização de telefones ou equipamentos de propriedade do Contratante, responsabilizando-se pelo dano que porventura vier a causar;
- Recolher no pronto socorro sempre que solicitado, objetos de pacientes que não tenham condições de mantê-los consigo e que estejam desacompanhados e entregá-los na guarda volumes relacionando-os em formulário ou livro próprio;

Dos Serviços De Portaria

Os serviços portaria funcionam 24 horas nas dependências da unidade. Sem eles o controle e a supervisão da portaria social e portaria de fornecedores, ficariam prejudicados, resultando em sérios transtornos, podendo até comprometer o funcionamento regular da unidade de saúde.

Em uma unidade de saúde, a contratação de empresa para a execução dos serviços acima descritos, é de extrema importância e sua falta ou má execução impacta diretamente na segurança dos pacientes, colaboradores e demais pessoas que transitam em suas dependências.

Descrição Do Serviço

Os porteiros deverão executar os serviços conforme descrito a seguir:

- Executar serviços de portaria da unidade de saúde, baseando-se em regras de conduta, para assegurar a ordem no prédio e de seus ocupantes;
- Fiscalizar a entrada e saída de pessoas, observando o movimento das mesmas no saguão da portaria principal, nos corredores e pátios, procurando identificá-las, para vedar a entrada as pessoas suspeitas, ou encaminhar as demais ao destino solicitado;
- Manter serviço permanente de portaria contínua da unidade de saúde;
- Acender e apagar as luzes das partes comuns da unidade de saúde, observando os horários e/ou necessidades;
- Auxiliar no serviço de segurança interna da unidade de saúde;
- Encarregar-se da correspondência em geral e de encomendas de pequeno porte enviadas aos ocupantes do Edifício, recebendo-as e encaminhando-as aos destinatários, para evitar extravios e outras ocorrências desagradáveis;
- Vetar a entrada de vendedores, demonstradores, entregadores, etc., sem autorização.
- Desempenhar outras atribuições pertinentes ao cargo;

Os serviços deverão ser executados com o quantitativo mínimo descrito:

Descrição	Jornada	Turno	Quantitativo de pessoal	Quantitativo de Postos
Porteiro	12 x 36	Diurno	12	5
Porteiro	12X36	Noturno	8	5

Os serviços serão executados em horários que sejam acordados e convenientes para o IBGC de forma que não cause perturbação, constrangimento ou atrapalhe os demais serviços do local.

Além das obrigações pactuadas contratualmente, o Participante deverá:

- a) responder pela supervisão, direção e execução técnica dos serviços;
- b) realizar os serviços utilizando profissionais capacitados, observando os princípios de qualidade, eficiência requeridos por serviços da espécie;

- c) admitir em seus quadros os referidos profissionais, os quais constituir-se-ão em empregados próprios da Participante, não se estabelecendo, com estes, nenhum vínculo empregatício perante o IBGC;
- d) fornecer a efetivo necessário à execução dos serviços, conforme contrato, substituindo aqueles que não se adaptarem às normas internas do IBGC;
- e) dar ciência ao IBGC, imediatamente e por escrito, de qualquer anormalidade verificada na execução dos serviços, bem como prestar esclarecimentos relativos a este, quando necessários;
- f) utilizar somente funcionários devidamente habilitados, uniformizados, treinados e identificados;
- g) conhecer, respeitar e fazer com que sejam cumpridos os procedimentos e Instruções de Trabalho elaborados em comum acordo com o IBGC;
- h) responder por qualquer dano ou prejuízo causado ao IBGC ou a terceiros, por ação ou omissão de seus prepostos e/ou empregados, em decorrência da execução dos serviços previstos neste instrumento;
- i) instituir mecanismos de mensuração da produtividade da equipe executora do contrato, gerando relatórios e prestando informações;
- j) substituir a qualquer tempo empregado ou preposto seu que não esteja agindo com urbanidade e cortesia, ou que coloque em risco a saúde do ambiente organizacional;
- h) cumprir todas as normas de segurança e medicina do trabalho atinentes à sua área de atuação;
- i) orientar seus funcionários de que estes deverão obedecer às regras, a fim de evitar desvio de função e subordinação direta com o IBGC;

DA MANUTENÇÃO PREDIAL

A Manutenção preventiva e corretiva nos sistemas, redes e instalações hidrossanitárias, elétricas e telefônicas, incluindo grupo gerador, barramento, bombas de água e esgoto, existentes ou que venham a ser instaladas é de fundamental importância para o funcionamento da unidade de saúde, podendo ser realizada por empresa especializada e deverá funcionar 24 horas por dia.

O serviço de manutenção preventiva, corretiva e preditiva deve abranger:

- a) os sistemas de prevenção e combate a incêndio que inclui o sistema de proteção contra descargas atmosféricas, o sistema de rede de hidrantes e extintores portáteis, o sistema eletrônico de detecção de fumaça e alarme contra incêndios, o sistema de iluminação de emergência e o sistema de sinalização de segurança e emergência, existentes ou que venham a ser instalados;
- b) Instalação, desinstalação, higienização, manutenção preventiva, corretiva e preditiva nos sistemas de refrigeração, envolvendo câmaras fria (cozinha), ar condicionado, compreendendo equipamentos de janela e Split, existentes ou que venham a ser instalados;
- c) Manutenção preventiva, corretiva e preditiva em obras civis, serralheria, soldagem, esquadrias, vidraçarias, gesso, forro (PVC e madeira) marcenaria, capotaria, persianas, pintura, alvenaria e divisória naval/especial;
- d) Limpeza e higienização, em conformidade com as legislações pertinentes e as normas técnicas, das caixas d'água e dos reservatórios inferiores e superiores, existentes ou que venham a ser instalados;
- e) Realização de serviços eventuais diversos relacionados aos sistemas mantidos, tais quais: instalação e remanejamento de circuitos elétricos, rede lógica e telefônicos; instalação e remanejamento de equipamentos de ar condicionado, instalação de luminárias, substituição de lâmpadas e equipamentos hidrossanitários, instalações hidráulicas, bem como reconstituição de partes civis afetadas.
- f) Acompanhamento de Serviços de Controle de Vetores e Pragas Urbanas, para dedetização, desinsetização, desratização, controle de pombos, e, morcegos.
- g) Gestão dos serviços de manutenção preventiva e corretiva dos elevadores.

Descrição	Jornada	Turno	Quantitativo de pessoal
Engenheiro civil com especialização	44 hs semanais	Diurno	1

em Engenharia Clínica			
Engenheiro Civil	44 hs semanais	Diurno	1
Eletricista	44 hs semanais	Diurno	2
Técnico de Manutenção Predial	44 hs semanais	Diurno	3
Técnico de Manutenção Predial	44 hs semanais	Noturno	1

Para a execução dos serviços, a CONTRATADA deverá disponibilizar a quantidade de profissionais descrita nos quadros acima.

As atribuições mínimas dos profissionais componentes da equipe são:

ENGENHEIRO: Planejamento dos serviços a serem executados, análise de suprimentos para obra, acompanhamento de medições, a empresa deverá possuir em seu quadro técnico Engenheiro Civil, visando obter a melhor avaliação sobre os trabalhos a serem feitos sem danos a instituição.

TÉCNICO DE MANUTENÇÃO PREDIAL: Desenvolver as diversas atividades de marcenaria, alvenaria, hidráulica, serralheria, suporte no transporte manual de mobília e objetos inerentes a este setor. Realizar serviços de preparação de argamassa, transporte de agregados e utensílios para alvenaria, lixamento de parede, pintura, entre outras.

ELETRICISTA: Efetuar a manutenção nas instalações elétricas, redes de baixa tensão, quadros, subestação interna e outros, para o funcionamento adequado do sistema elétrico. Efetuar a manutenção preventiva de disjuntores, quadros de distribuição de força, equipamentos elétricos em geral, sistemas de comando, sinalização e proteção. Zelar pelo funcionamento adequado do sistema elétrico dos edifícios da unidade, observando os projetos executivos de eletricidade, dirimindo dúvidas com os engenheiros, observando os detalhes de segurança no

trabalho e propondo modificações necessárias às instalações em conformidade às normas e procedimentos técnicos de segurança, qualidade, higiene e preservação ambiental.

DA CONTRATAÇÃO

A contratação de empresas na área de prestação dos serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial para o Hospital Estadual de Luziânia e destina-se a assegurar a seleção da proposta mais vantajosa, inclusive no que se refere a qualidade, e a evitar operações em que se caracterize sobrepreço ou superfaturamento, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, igualdade, da eficiência, da economicidade, do desenvolvimento nacional sustentável, da obtenção de competitividade, do julgamento objetivo e do formalismo moderado.

A contratação de serviços pode ser aplicada em todas as áreas da empresa definida como atividade- meio e fim, por exemplo, as seguintes atividades: serviços de alimentação, serviços de conservação patrimonial e limpeza, serviço de vigilância, serviço de recepção, serviços de processamento de dados, administração de recursos humanos, administração de relações trabalhistas e sindicais e serviços especializados ligados a atividade-fim do tomador de serviços.

A condição para tomar-se um prestador do IBGC é estar em dia com suas responsabilidades fiscais, além de estar alinhado às políticas de gestão de prestadores como Compras, Planejamento e Logística e Compliance e ser aprovado tecnicamente, conforme os critérios de Compras para a categoria de serviços.

Os requisitos para o funcionamento da empresa de prestação de serviços a terceiros estão previstos no artigo 4º B, que foi inserido pela Lei 13.429/2017.

A saber :

- a) prova de inscrição no CNPJ;
- b) registro na Junta Comercial;
- c) capital social compatível com o número de empregados, observando-se os seguintes parâmetros, observando-se os seguintes parâmetros:

- c1 – empresas com até dez empregados – capital mínimo de R\$ 10 mil reais;
- c2 – empresas com mais de 10 empregados até 20 empregados – capital mínimo de R\$ 25 mil reais;
- c3 – empresas com mais de 20 e até 50 empregados – capital mínimo de R\$ 45 mil;
- c4 – empresas com mais de 50 e até 100 empregados – capital mínimo de R\$ 100 mil reais;
- c5- empresas com mais de 100 empregados – capital mínimo de R\$ 250 mil reais.

APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA
PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

RELATO TEÓRICO SOBRE O TEMA:

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ATUALIDADE

A maneira como as organizações gerenciam as pessoas está passando por profundas transformações em todo o mundo, desde meados da década de 1980. Essas mudanças estão, em grande medida, relacionadas ao aumento da competitividade e à intensificação da globalização, que vêm provocando inadequações nos modelos tradicionais de gestão de pessoas no que diz respeito às demandas e expectativas das empresas e das pessoas (DUTRA, 2004).

A discussão sobre competitividade, reestruturação produtiva e mercado impulsionou mudanças na gestão das organizações e, especificamente, na gestão de recursos humanos, que passou a ser visualizada como um importante fator diferencial para alcançar os objetivos e expectativas das organizações (BARBOSA, 2005).

Surge, então, a necessidade de desenvolver uma gestão de pessoas cujos objetivos e orientações estejam perfeitamente alinhados com as prioridades estratégicas da organização e que conduzam suas ações e os comportamentos dos indivíduos de maneira coerente com estas prioridades. Ademais, a aproximação da gestão de recursos humanos com a estratégia organizacional perpassa o reconhecimento de que as macroestratégias organizacionais não podem ser definidas sem uma análise dinâmica da capacidade interna no que tange à dimensão humana (LONGO, 2007).

Toda essa transformação percebida na gestão de recursos humanos está inteiramente associada à valorização dos indivíduos enquanto ativos intangíveis da organização.

De acordo com Dutra (2004, p. 14) “quanto mais as organizações buscam flexibilidade e velocidade decisória mais dependem das pessoas”. Neste contexto, tem-se a necessidade de valorizar as pessoas e a percepção de que estas são fundamentais para o alcance dos resultados e para a vantagem competitiva, o que impacta a maneira de gerenciá-las e conduzi-las aos objetivos organizacionais.

Dentre as transformações sofridas pela gestão de recursos humanos nos últimos anos, talvez uma das mais importantes seja a adoção da atual concepção de políticas integradas de gestão de recursos humanos. Nesta concepção não é suficiente a mera definição de regras isoladas para recrutar, contratar, remunerar e capacitar. Para alcançar os atuais objetivos das

organizações, é necessário que as políticas de recursos humanos sejam formuladas tendo como base as mesmas premissas e princípios, caracterizando a integração e a conexão entre as mesmas (ALBUQUERQUE, 1987; MARCONI, 2003; LONGO, 2007).

Além da articulação dos diversos subsistemas e políticas de recursos humanos, a gestão integrada desta área caracteriza-se pela articulação destes subsistemas e políticas à estratégia organizacional, que, por sua vez, deve ser desdobrada na estratégia da área, refletindo os resultados almejados pela organização.

GESTÃO INTEGRADA DE RECURSOS HUMANOS E SEUS SUBSISTEMAS

Os enfoques e critérios usados para a categorização das políticas e subsistemas que compõem a gestão integrada de recursos humanos não são uniformes. Embora grande parte dos autores reconheça a existência das mesmas funções para a administração de recursos humanos, a terminologia e o agrupamento destas funções são realizados de maneiras diversas

Apontamos os seguintes subsistemas: planejamento de recursos; organização do trabalho; gestão do emprego; gestão do desempenho; gestão da compensação; gestão do desenvolvimento; e gestão das relações humanas e sociais (LONGO, 2007).

Subsistema de gestão do emprego: está diretamente relacionado à gestão dos fluxos, por meio do qual as pessoas entram na organização, se movimentam por ela e saem dela. Pode ser dividido em três áreas principais: gestão da incorporação, refere-se ao acesso dos indivíduos à organização e ao posto de trabalho; gestão da mobilidade que afeta os movimentos dos funcionários entre os postos de trabalho; e gestão da desvinculação, refere-se à extinção da relação empregatícia ou, mesmo, às medidas de caráter disciplinar (LONGO, 2007).

Subsistema de gestão do desempenho: tem o propósito de influenciar e impactar o desempenho dos funcionários, provocando o alinhamento de suas ações às prioridades da organização e ampliando a contribuição de cada um à estratégia organizacional (LONGO, 2007). Pensando em um sistema integrado de gestão de pessoas, a gestão do desempenho deve estar conectada à gestão da compensação e do desenvolvimento. Assim, os resultados das avaliações de desempenho precisam estar alinhados com as compensações variáveis e com a oferta de capacitação e melhorias na formação dos funcionários (PONTES; 1996).

Subsistema de gestão da compensação: inclui o conjunto de compensações retributivas, salariais e extra-salariais, e não retributivas que a organização oferece aos seus funcionários (LONGO, 2007). Sua importância torna-se evidente diante da necessidade de

conceder ao funcionário um salário que o recompense, conforme contribuição à organização, sem que os custos desta compensação ofereçam riscos à competitividade da empresa ou sem que comprometa o orçamento público ou os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Subsistema de gestão do desenvolvimento: tem como objetivo incentivar o crescimento profissional das pessoas, conforme o potencial de cada um, estimulando o aprendizado individual e organizacional, e definindo os itinerários de carreira que associem as demandas da organização às necessidades e expectativas individuais (LONGO, 2007). Deve responsabilizar-se também pela capacitação adequada dos funcionários, no intuito de complementar sua formação inicial e de promover sua constante atualização dos conhecimentos, possibilitando seu desenvolvimento profissional.

Subsistema de gestão das relações humanas e sociais: se dedica ao gerenciamento das relações firmadas entre a organização e seus funcionários que possuem caráter coletivo. Contempla a importância das relações sociais na organização e, conseqüentemente, a relevância das ações dos dirigentes diante das relações sociais e grupais. Parte do pressuposto de que "uma pessoa nunca pode dissociar aquilo que é da sua relação com os outros" (AMBLARD et al., 1989, p. 45). Abrange ainda o fato de que o indivíduo possui necessidades sociais, de estima e realização pessoal (MASLOW, 1954). Segundo Longo (2007), pode ser subdividido em gestão do clima organizacional, gestão das relações trabalhistas e gestão das políticas sociais.

PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

RECURSOS HUMANOS

O setor de Recursos Humanos são, de acordo com as teorias de administração de instituições, uma das fontes de riqueza mais importantes já que são os responsáveis pela execução e desenvolvimento de todas as tarefas e atividades que precisam para o bom funcionamento da mesma.

A gestão de Recursos Humanos possui um conjunto de ações que visam planejar, recrutar e selecionar pessoas, integrar indivíduos, análise descrição de cargos e funções, avaliação do desempenho no trabalho, planos de cargos e salários, remuneração e benefícios,

R

higiene e segurança no trabalho, formação e desenvolvimento profissional, análise, controle e auditoria em recursos humanos.

Sempre visando o desenvolvimento humano e como consequência, atingindo os objetivos almejados pela instituição.

ESTRATÉGIAS DE RECURSOS HUMANOS

O objetivo estratégico da instituição é garantir a qualidade em seus atendimentos oferecidos à sociedade e para isso, os Recursos Humanos, como parte desta engrenagem, buscam capacitar os profissionais, garantindo a geração de novos conhecimentos.

O acolhimento a novos profissionais, também faz parte das estratégias do setor de Recursos Humanos. E a garantia da segurança do trabalhador em seu ambiente profissional, é parte importante das estratégias deste setor com visões humanizadas.

MISSÃO, VISÃO E VALORES

O IBGC acredita que é preciso garantir que todas as pessoas que fazem parte da unidade de saúde, na condição de colaboradores, independentemente do cargo que ocupem, sigam alguns valores, que pautem suas atitudes. Nesse sentido temos missão, visão e valores:

A missão deste setor visa oferecer a excelência na gestão das atividades humanas, com responsabilidade na geração de conhecimentos e da responsabilidade social.

A visão é ser referência pelo reconhecimento da qualidade dos serviços prestados, visando à promoção da gestão de serviços, apoiada nas melhores práticas de excelência em âmbito nacional.

Os valores são pautados na Humanização, Trabalho em equipe, Ética, Credibilidade, Responsabilidade Socioambiental, Disciplina, Confiança, Inovação em Excelência, Transparência, Foco estratégico no cliente, Parcerias entre as diversas esferas do governo, Qualidade.

Qualidade Da Gestão

A melhoria da Qualidade da Gestão será desenvolvida no fortalecimento da Governança com a instituição de mecanismos permanentes de articulação e pactuada com a Gestão Estadual e com o controle social. Compreende:

- Atuação nos diferentes pontos de atenção existentes no Sistema Estadual de Saúde;
- Trabalhar respeitando a cultura organizacional e fomentando mudanças em direção às Redes de Atenção à Saúde;

- Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos;
- Estabelecer estratégia para o desenvolvimento e formação de Recursos Humanos. Outro aspecto relevante é a confiança dos trabalhadores que se evidenciará pela possibilidade de realizar a prestação do serviço dentro de um ambiente satisfatório, com o amparo de insumos e equipamentos suficientes para a realidade local para a realização da atividade profissional, sem riscos para as partes, bem como com a segurança institucional de validação das ações.

A construção de um bom clima organizacional perpassa tanto as condições físicas e operativas, quanto as condições psicológicas do ambiente de trabalho.

DA GESTÃO DE PESSOAS NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

Para o IBGC, só é possível falar em desenvolvimento de ações e uma política de recursos humanos eficientes, pensando-se em formas integradas que possibilitem oportunidades, gestão, controle social, ampliação do conhecimento, utilização de tecnologias.

Deste modo é preciso pensar ações estratégicas que resultem em resultados eficazes para uma boa política interna de recursos humanos no Hospital Estadual de Luziânia. Descreveremos algumas a seguir:

USO DA METODOLOGIA OKR

Essa metodologia corresponde a um modelo de gestão com foco em resultados. Para isso, são estabelecidos OKR's – sigla para objetivos e resultados-chave (key results) – que devem ser cumpridos para contribuir com a estratégia da instituição.

É fundamental que todos os colaboradores estejam a par e entendam esse conjunto de metas de forma clara, o que elimina dúvidas, aumenta a produtividade, promove o engajamento em torno dos resultados mensuráveis de uma instituição.

De modo simplificado, o criador dessa metodologia estabeleceu a fórmula para definir metas sendo como:

"Eu vou" (Objetivo)

"medido por" (conjunto de resultados-chave)

Ou seja, nos OKRs nós temos dois principais componentes:

Objetivos (O): declaração concisa da direção desejada pela instituição. Um bom objetivo tem que ser vividamente descrito para que as pessoas possam imaginar o quão impactante será alcançá-lo.

Resultados-chave (KR): metas com impacto direto no atingimento do objetivo caso seja alcançado com sucesso.

O objetivo é qualitativo e os KRs (na maioria das vezes entre 2 e 5 para cada objetivo) são quantitativos.

Enquanto os objetivos devam ser concisos, claros e aspiracionais para estarem sempre na cabeça dos colaboradores, os key results são usados para indicar se o objetivo foi atingido até o final de período – normalmente trimestre para OKRs táticos e anual para OKRs estratégicos.

Eles são usados como uma ferramenta de gestão e comunicação muito eficaz, pois auxiliam na criação de foco e alinhamento do esforço de toda a equipe em torno de um objetivo desafiador.

PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE LÍDERES

A liderança pode ser vista como algo nato, ou construída. Em ambos os casos, em uma instituição é fundamental que haja capacitação e aperfeiçoamento da mesma, bem como personalização de tipos de lideranças, a depender do setor de atuação profissional.

Os líderes de uma instituição são um valioso capital humano, uma vez que a missão, valores, princípios de uma organização são por eles disseminados. Ademais, são eles os responsáveis por definir e acompanhar o cumprimento dos objetivos e metas.

Líderes/gestores bem treinados, reverberam nos resultados da instituição.

CAPACITAÇÃO CONTINUADA

Conforme demonstrado no tópico correspondente, a formação continuada será abordada pelo IBGC como uma forma de aprimoramento das ações profissionais.

Uma instituição que possui uma equipe bem preparada e segura no desempenho de seu ofício, certamente encontra entre a mesma a sensação de satisfação, por se sentir capaz, conhecedora de suas atividades e reconhecida pela instituição que a capacita continuamente.

PLATAFORMA IBGC DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL

O IBGC desenvolverá uma plataforma para atender todos os colaboradores do Hospital Estadual de Luziânia, com o objetivo de realizar minicursos, lives, palestras, seminários virtuais, para o desenvolvimento de competências e habilidades dos trabalhadores.

RESPEITO, RECONHECIMENTO E APONTAMENTOS NECESSÁRIOS

Os gestores trabalharão voltados para uma cultura permanente de respeito ao colaborador, reconhecimento e apontamentos necessários de forma a corrigir condutas e estimular a prática profissional.

O reconhecimento se dará por meio de e-mails institucionais de agradecimento, bem como destaques em mural de colaboradores com parabenizações.

As correções, quando necessárias, serão feitas reservadamente, de modo a oportunizar o contraditório ao colaborador, estimula-lo a apontar suas deficiências e buscar, conjuntamente, saná-las.

APRESENTAÇÃO INTERDISCIPLINAR DE ÁREAS SEMESTRALMENTE

Há cada 6 (seis) meses os colaboradores da unidade, passarão por uma semana de conhecimento sobre as áreas e atividades desempenhadas por outros setores, de modo a compreender às demais áreas e evitar gargalos na execução da prestação dos serviços de saúde.

CONFRATERNIZAÇÕES E CELEBRAÇÃO DE DATAS

No fim do ano, bem como em datas específicas (Dia das mulheres, dia das mães, dia dos pais) buscaremos confraternizar (café da manhã, coffe break, entrega de lembrancinha elaborada pela própria equipe da Diretoria Administrativa) de modo a fazer com que o colaborador se sinta bem querido e reconhecido, além de ter um momento de descontração na unidade.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E ALINHAMENTOS

A cultura das reuniões em demasia, é algo combatido pelo IBGC, uma vez que excesso de reuniões, acaba por acarretar, na maioria das vezes, em ausência de resultados

concretos. Mas pontualmente (a cada 120 dias) serão realizadas reuniões nas instituições, com todo corpo de colaboradores, após o horário de expediente, de modo a apresentar todas as conquistas do período anterior, bem como propor adequações para eventuais melhorias.

PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

De acordo com um estudo realizado pela Michael Page, engajar os colaboradores é o principal desafio das instituições.

Os profissionais de RH e os gestores devem sempre buscar formas de manter um bom clima organizacional, com os profissionais motivados, alinhados com os valores da instituição e satisfeitos com os benefícios e com o ambiente de trabalho como um todo.

Tudo isso sem impactar demasiadamente o orçamento da instituição e sem gerar desequilíbrios entre os colaboradores. Parece uma equação difícil de fechar, e é mesmo.

A melhor forma de fazer isso, de modo eficiente e econômico, é ouvindo os próprios colaboradores constantemente. Isso deve ser feito através de pesquisas de clima organizacional. O Objetivo da pesquisa de clima organizacional é medir o nível de satisfação dos colaboradores com relação aos diferentes aspectos do ambiente da instituição e a maneira como os colaboradores interagem uns com os outros.

DA PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Antes de aplicar o questionário de clima organizacional o IBGC observará as seguintes ações:

1. Incentivo a participação

Para que a pesquisa dê resultados, é importante incentivar a participação dos colaboradores e engajá-los no processo da pesquisa. Ao enviar um e-mail com o link da pesquisa,



explicaremos quais são os nossos objetivos com aquelas perguntas e como a participação de todos é importante.

2. Confidencialidade

Algumas perguntas podem ser consideradas muito delicadas para os colaboradores e eles podem se sentir desconfortáveis ao respondê-las. Por isso, deixaremos claro que as respostas serão avaliadas de forma coletiva e que nenhuma participação será avaliada individualmente. Utilizaremos uma ferramenta que de fato não permita a visualização individual de cada resposta e garanta a confidencialidade dos nossos colaboradores.

3. Não obrigatoriedade da participação

As respostas devem ser sinceras e espontâneas, por isso, as pessoas precisam se sentir à vontade para respondê-las. Deixaremos claro que a participação na pesquisa é voluntária e que não haverá nenhum tipo de penalização para quem não responder.

4. Divulgaremos os resultados

Todos os colaboradores gostam de se sentir inseridos nos processos. Por isso, divulgaremos os resultados para toda a instituição.

5. Planejando as ações

Com os resultados da pesquisa em mãos, planejaremos ações, proporemos mudanças e melhorias e estabeleceremos metas. Os colaboradores perceberão em nossa gestão que as opiniões dele são levadas em consideração e que as sugestões são ouvidas.

6. Periodicamente faremos a pesquisa

É importante que as pesquisas de clima sejam feitas periodicamente, para que os resultados das ações possam ser medidos e avaliados. Com pesquisas periódicas, fica fácil identificar quando alguma mudança não é bem aceita pelos colaboradores e tomar ações antes de ter uma equipe

R

desmotivada ou, o que é pior, ter perdas no time. Estimamos a cada 6 (seis) meses realizar a pesquisa.

7. Envolvimento da Diretoria

Em nossa gestão os diretores estarão diretamente envolvidos nas pesquisas de clima organizacional. Tal envolvimento é de suma importância para que não haja surpresas com nenhum resultado negativo ou ação proposta. Isso também serve para que eles saibam que a instituição está muito preocupada com a valorização do ambiente de trabalho e dos colaboradores. Além disso, sempre que for pertinente, serão eles também convidados pelo IBGC à responderem às pesquisas.

DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

Indicadores:

- Número de colaboradores que aderiram ao projeto;
- Porcentagem de colaboradores satisfeitos;
- Porcentagem de colaboradores insatisfeitos.

RESULTADOS:

Finalmente, os resultados da avaliação serão mapeados e apresentados a Diretoria de cada área, aos gestores e aos colaboradores tendo como foco o levantamento dos pontos fortes e dos pontos a melhorar, estabelecendo um plano de ação que favoreça a melhoria da qualidade dos serviços prestados, afinal, todos são responsáveis por alcançar os objetivos institucionais.

R

PROPOSTA DE ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO
DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA
COMBATER ABSENTISMO E ESTIMULAR PRODUÇÃO

A gestão de pessoas é um processo sofisticado e integral voltado à motivação e avaliação das pessoas que trabalham nas organizações. Antigamente, o “funcionário” não era visto como uma “pessoa” na empresa, era somente um número e nada mais. A principal preocupação do RH era a folha de pagamento.

Processar a folha de pagamento e demais tarefas do departamento pessoal é coisa do passado. Atualmente se espera da área de recursos humanos das organizações é o controle sobre os recursos humanos, e a promoção de uma administração mais humana.

Isso ocorre não porque as organizações tenham, de repente, se tornado “boazinhas”, mas porque perceberam os benefícios subjacentes dessa política.

Além de manter as rotinas de departamento pessoal, imprescindível para a organização, cuida do desenvolvimento, do crescimento, do reconhecimento e envolvimento do funcionário com os objetivos organizacionais e com os seus próprios objetivos.

Cargas horárias:

- Carga horária da área assistencial – 8 horas/dia
- Técnicos radiologistas – 4 horas /dia
- Cargos administrativos – 8 horas/dia
- Área de Apoio – 8 horas/ dia
- Laboratório – 8 horas/ dia

**RECRUTAMENTO E SELEÇÃO
NORMAS DO IBGC****REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL
CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1.º – Este regulamento estabelece as regras de Recrutamento e Seleção para o preenchimento de vagas para pessoal administrativo e operacional, com recursos financeiros provenientes dos Contratos firmados para operacionalização da gerência e execução de atividades e serviços de saúde unidade assistencial da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Art. 2.º – O Recrutamento e a seleção, de que trata este regulamento, visa selecionar o melhor candidato para a função a ser preenchida.

**CAPITULO II
DO PROCESSO DE SELEÇÃO
Título I – Das Competências**

Art. 3º - No âmbito dos processos de seleção de pessoal, compete:

I - Aos Diretores da Organização Social, solicitar e/ou aprovar Requisição de Pessoal.

II - Aos Gerentes e Coordenadores da unidade assistencial:

- a) Realizar solicitação de Requisição de Pessoal;
- b) Participar das etapas de avaliação comportamental e técnica.
- c) Analisar os resultados apresentados pelos candidatos e definir o candidato mais adequado ao perfil solicitado.

III - à área Recursos Humanos da unidade assistencial:

a) Conduzir os Processos de Avaliação referentes à Seleção, Promoção ou Movimentação de Pessoal.

b) Orientar e monitorar os colaboradores quanto às políticas de Gestão de Pessoas.

IV – Ao Departamento Pessoal, executar o processo de registro e admissão.

V – Ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, realizar os Exames Médicos Admissionais e de Mudança de Função.

Do Desenvolvimento do Recrutamento e Seleção

Seção I – Da Requisição de Pessoal

Art. 4.º – O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante a solicitação Gerentes e Coordenadores da unidade assistencial, interessados na contratação, dos serviços efetivamente necessários, que será operacionalizada por meio da Requisição de Pessoal.

Parágrafo Primeiro. O requisitante deverá preencher o formulário de Requisição de Pessoal conforme demanda do Serviço/Unidade, coletar aprovação da Diretoria da área.

Parágrafo Segundo. A Diretoria da área encaminha a Requisição de Pessoal que segue os fluxos estabelecidos entre as unidades assistenciais e a Organização Social e retorna para a área de Recursos Humanos para os procedimentos de recrutamento e seleção.

Parágrafo Terceiro. As Requisições de Pessoal podem ser abertas nos seguintes casos:

- I - Substituição de um colaborador.
- II - Aumento de Quadro, desde que contemplado no orçamento ou aprovado pela Diretoria.

Seção II

Do Processo de Recrutamento e Seleção

Art. 5.º – O Recrutamento será divulgado por meio do site da Organização Social e conterão, resumidamente, as funções a serem preenchidas, os respectivos números de vagas, os prazos, as condições para a participação dos candidatos e local para informações.

Art. 6.º – O Processo de Recrutamento e Seleção compreende as seguintes etapas:

I – Primeira Etapa: análise do currículo e documentos comprobatórios de experiência, escolaridade e outros dados fornecidos pelos candidatos para avaliação de sua conformidade com os requisitos mínimos exigidos.

II – Segunda Etapa: os candidatos que cumprirem os requisitos mínimos exigidos deverão apresentar fichas de emprego preenchidas e participarão das seguintes avaliações:

- a) Avaliação técnica, visando apurar o nível de conhecimento técnico específico, quando necessário.

b) Aplicação de testes psicológicos e psicométricos visando apurar aspectos cognitivos e psicológicos.

c) Dinâmicas de grupo, jogos e provas situacionais visando apurar aspectos comportamentais, quando necessário.

III – Terceira Etapa: os candidatos aprovados na segunda etapa do processo seletivo serão convocados para entrevista final, a ser realizada pelo requisitante.

IV – Quarta Etapa: os candidatos aprovados na entrevista final deverão entregar os documentos de contratação exigidos pela Organização Social e passar por exame médico admissional.

Parágrafo Único. Somente serão considerados aptos para o exercício da função aquelas pessoas que cumprirem de forma satisfatória todas as etapas de seleção e que estejam de acordo com as condições propostas.

Art. 7.º - As funções serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço.

Parágrafo Único. É permitida a subcontratação de empresas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos.

DA CONTRATAÇÃO

Art. 8º Os candidatos serão convocados por ordem de classificação, pela área responsável pelo recrutamento e seleção, por meio de informativo no sítio eletrônico do instituto, e-mail, telefone, mensagem de texto ou correspondência.

Art. 9º A inobservância, por parte do candidato, de qualquer prazo estabelecido para sua contratação, referente à entrega de documentos e realização do exame médico admissional, implicará exclusão do processo de seleção e admissão.

Art. 10º A contratação do candidato aprovado será feita no regime de Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, por um período de experiência de até 90 (noventa) dias.

Art. 11º É vedada a recontração de empregado demitido por justa causa, no prazo de 10 (dez) anos da demissão.

Art. 12º Para os candidatos aprovados que já façam parte do quadro de pessoal do IBGC, as novas funções serão assumidas no prazo de 30 (trinta) dias, período em que serão promovidas as devidas alterações no contrato de trabalho e registro na carteira de trabalho.

Art. 13º O candidato, no procedimento de contratação, assinará DECLARAÇÃO em que conste a inexistência de qualquer impedimento no cumprimento da jornada de trabalho, estabelecida pelo IBGC.

Parágrafo único: Os profissionais de saúde que tiverem outros vínculos de trabalho poderão acumular um ou mais cargos com o do IBGC, desde que haja compatibilidade de horários e que a soma da jornada de trabalho mensal de todos os vínculos não ultrapasse a 60 (sessenta) horas semanais (para os cargos permitidos na legislação), ressalvados os plantões extras e escalas de sobreaviso.

Art. 14º O candidato que tiver empregatício com outra empresa, entidade ou órgão somente poderá ser contratado pelo IBGC se houver compatibilidade de horário, devendo apresentar declaração emitida pelo outro empregador, informando jornada e horário de trabalho.

CAPITULO III DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 15º O regime jurídico do pessoal do IBGC será o da legislação trabalhista e previdenciária.

Art. 16º A elaboração, organização e execução do processo seletivo poderá ser realizada por empresa ou entidade especializada, desde que respeitados os preceitos deste Regulamento.

Entrevista de Seleção

É a primeira entrevista que se aplica ao candidato ao emprego. Devemos observar o seguinte ao iniciar a entrevista:

- O candidato está à procura de satisfazer as suas necessidades, logo, procura formar uma cadeia de forças de autoproteção - defesa de suas fraquezas.
- Seu objetivo é vencer a batalha da entrevista, o candidato sente seu "eu" ameaçado pelo entrevistador, que lhe afigura como um investigador de sua vida privada. Seu mecanismo de defesa é manipular as informações sobre si mesmo, simulando um personagem que

ele não é (tende falsificar as informações). Também a sua memória tende a esquecer fatos desagradáveis, ou modificar e distorcer inconscientemente situações passadas, tornando-as mais agradáveis e mais próprias à imagem do "eu".

- É por isso que deve ser norma desenvolver uma entrevista só após criado o ambiente favorável - o entrevistador deve ser cordial e sincero para obter a confiança. Uma vez obtido o ambiente favorável, deve ser mantido durante todo o decorrer da entrevista.
- A pergunta é a principal ferramenta do entrevistador e requer anos de prática para ser perfeitamente executada (requer técnica, perfeição e treinamento), o entrevistador deve ser claramente o seu objetivo para perguntar, deve ter amplo vocabulário e saber usar as palavras em precisão.
- Antes de perguntar é preciso saber o que e até onde se deseja medir.
- A linguagem do entrevistador deve estar à altura do candidato - não usar linguagem técnica para o homem comum ou linguagem simples junto ao candidato superior.
- Embora deva ser espontânea, deve-se ter algum controle para evitar que o candidato fale livre e caoticamente desperdiçando tempo. A entrevista dirigida é o termo médio das duas, e evita os excessos das mesmas.

O tempo na entrevista é um dos fatores a controlar. Deve-se consultar o relógio discretamente.

Durante a entrevista recebemos dois tipos de informação: descritiva e valorativa. A primeira geralmente é digressão ou estória. A segunda, permite penetrar no passado do candidato - experiência de chefia, maturidade emocional, sua prática no grupo.

Como Preparar uma Entrevista:

- Obter a descrição e análise da função para o qual vai selecionar.
- Observar problemas dessa função (cooperação, tipo de supervisão, disciplina, etc.).
- Preparar um esquema de desenvolvimento (tempo por assunto).
- Elaborar perguntas analíticas e descritivas (não pergunta tipo "sim e não").
- Manter a entrevista sob controle: não permita divagações do candidato nem falar (o entrevistador) mais de 10% do tempo.

Roteiro de Entrevista

- Histórico Profissional - 40% do tempo - avalie por ordem cronológica a história profissional do candidato, observando: progresso nos conhecimentos, habilidades, gostos, aversões e fracassos.
- Histórico Educacional – 20% do tempo – avalie por ordem cronológica a formação cultural e o treinamento, observando orientação vocacional, matérias preferidas, tipo de vida social na escola, atividades extracurriculares.
- Histórico Familiar – 20% do tempo – avalie os antecedentes familiares, temperamento e caráter dos pais, status socioeconômico, tipo de educação recebida, como passou a infância, adolescência e juventude.
- Ajustamento Social Atual – 20% do tempo – avalie o homem em face a sua família, à sociedade e a determinados grupos sociais, políticos e religiosos, sua classe social, estabilidade econômica e atividades associativas.

Integração e Acolhimento

Grupo de trabalho é uma pequena sociedade e logicamente o novo funcionário sente-se como um "vizinho novo", não basta apresentar o novato ao grupo.

É preciso sensibilizar os sentimentos do novato. Tanto supervisor quanto colegas tem responsabilidade pela sua adaptação.

A integração ocorre com a cooperação das pessoas que recebem o novato, e do supervisor sob cujas ordens trabalhará.

Recepção e Apresentação:

- Receber com cordialidade e tratando pelo nome.
- O responsável apresentará ao coordenador e colegas.
- Apontarão seu lugar, equipamentos e instalações.

Informação e Motivação

- Falar da seção.
- Falar das normas e regulamentos unidade.
- Falar das tarefas e funções.
- Falar dos contatos que terá fora da seção.

- Falar das facilidades, benefícios e oportunidades.

CARTA DE RECEPÇÃO AOS NOVOS COLABORADORES

A Carta de recepção deverá ser entregue aos novos colaboradores quando de sua admissão, sua elaboração deverá observar as seguintes informações:

Agora que você faz parte da nossa família é importante que conheça
nossa instituição, que se sinta integrado e feliz entre nós.

Seja bem-vindo!

Acreditamos que um bom ambiente de trabalho é fundamental e
precisamos do trabalho em equipe com colaboração e profissionalismo
para conseguirmos atingir nossos objetivos. Esperamos que você vista
nossa camisa e fortaleça ainda mais a nossa equipe

IBGC

Uso do Crachá

O uso do crachá de identificação funcional é obrigatório. Através dele você poderá ser facilmente identificado por colegas de trabalho, sua chefia e pacientes, melhorando o relacionamento interpessoal e evitando constrangimentos. Em caso de perda do seu crachá, comunique imediatamente ao à Coordenação de Recursos Humanos, que providenciará a sua reposição. Em caso de desligamento da unidade o crachá deverá ser devolvido.

DO CONTRATO DE TRABALHO:

A contrato individual de trabalho é o documento por meio do qual se constitui uma relação de emprego entre duas partes. Através deste instrumento, o contratado – dito empregado – concorda em trabalhar para o contratante – denominado empregador -, prestando-lhe determinados serviços de maneira habitual.

No contrato individual de trabalho, estarão especificadas a função ocupada pelo trabalhador, o local de exercício do trabalho, a sua remuneração e a sua jornada de trabalho, dentre outras questões.

É possível ainda incluir neste contrato cláusulas especiais, tais como a de confidencialidade, a de vedação à concorrência e a de exclusividade.

Esse modelo é aplicável tanto às relações trabalhistas firmadas por prazo indeterminado, quando não há um momento fixado para o seu final – quanto àquelas estabelecidas por prazo determinado (incluindo o contrato de experiência), ou seja, os contratos que tem duração já previamente combinada pelas partes.

Igualmente, estão incluídas neste momento tanto os trabalhos a tempo parcial quanto a tempo integral.

Contrato de Trabalho

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes:

O Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada pessoa jurídica, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o Nº 21.236.845/0001-50, com Endereço na Rua João de Abreu, nº 192, quadra F8, lote 49E, Edifício Aton Business Style, Sala 77-A, Setor Oeste, Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74120-110, que por força do presente contrato passa a ser denominado EMPREGADOR:

..... (nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), titular do CPF nº (.....), RG (.....), residente à Rua..... (endereço) doravante designado EMPREGADO;

Firmam o presente CONTRATO DE TRABALHO POR PRAZO DETERMINADO, nos termos da Artigo 456 da Consolidação das Leis Trabalhistas, e seguintes cláusulas assim pactuadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – Do salário:

1.1 O EMPREGADO receberá a remuneração R\$ XXX,XX por mês.

CLÁUSULA SEGUNDA - Da prestação dos serviços:

2.1 O horário de trabalho será anotado na ficha de registro e a eventual redução da jornada por determinação da EMPREGADORA, não inovará este ajuste, permanecendo sempre íntegra a obrigação do EMPREGADO de cumprir o horário/turno que for determinado, observando o limite legal.

2.2 Obriga-se o EMPREGADO a prestar serviços em horas extraordinárias, sempre que lhe for determinado pela EMPREGADORA na forma prevista em Lei. Na hipótese desta faculdade pela EMPREGADORA, o EMPREGADO receberá as horas extraordinárias com acréscimo legal, salvo ocorrência de compensação, com consequente redução da jornada de trabalho em outro dia.

2.3 Aceita o EMPREGADO, expressamente, a condição de prestar serviços em qualquer dos turnos de trabalho, isto é, tanto durante o dia como à noite, desde que sem simultaneidade, observadas as prescrições legais, reguladoras do assunto, quanto a remuneração.

2.4 Fica ajustado nos termos que dispõe o Parágrafo 1º do artigo 469, da Consolidação das Leis Trabalhistas, que o EMPREGADO acatará ordem emanada da EMPREGADORA para prestação de serviços tanto na localidade do Contrato de Trabalho, como em qualquer outro município dentro do território nacional.

2.5 O EMPREGADO fica ciente do Regulamento da EMPREGADORA E das Normas de Segurança que regulam suas atividades na EMPREGADORA e se compromete a usar os equipamentos de segurança fornecidos, sob a pena de ser punido por falta grave, nos termos da Legislação vigente e demais disposições inerentes a segurança e medicina do trabalho.

CLÁUSULA TERCEIRA – Demais disposições

3.1 Em caso de dano causado pelo EMPREGADO, fica a EMPREGADORA autorizada a efetivar o desconto da importância correspondente ao prejuízo.

E por estarem assim contratados, nos termos de seus respectivos interesses, mandaram as partes lavrar o presente instrumento que assinam na presença de 02 (duas) testemunhas, para as finalidades de direito.

IBGC

EMPREGADO

R

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A avaliação de desempenho é uma ferramenta utilizada pelo RH, mais especificamente pela área de gestão de pessoas, para mensurar a performance dos colaboradores ou áreas de uma instituição. Ela pode ser realizada periodicamente de acordo com as necessidades da organização.

Essa metodologia também ajuda a entender se o colaborador está abaixo, atende ou excede o desempenho esperado pela organização e, a partir de uma análise de hard skills e soft skills, ou seja, de habilidades técnicas e comportamentais, é possível traçar um plano estratégico de acordo com a necessidade daquele colaborador ou equipe, como treinamentos, promoção, bonificação, desligamento, etc.

Além disso, a avaliação de performance auxilia em uma visão estratégica para a instituição, pois coloca em evidência pontos fortes e pontos de melhoria, tanto no que diz respeito a cada funcionário quanto no que concerne às equipes. Dessa forma, fica mais fácil visualizar formas de aprimorar processos e gerar mais resultados.

Entre os objetivos mais comuns, estão o **desenvolvimento**, a **melhoria** e a **inovação**. Os três pontos de atenção geram diferentes tipos de cobrança para o profissional ao serem desdobrados em metas.

Essas metas ajudam a mensurar o progresso e auxiliar no direcionamento do colaborador. Conheça algumas delas a seguir:

1. Metas de desenvolvimento

Correspondem ao crescimento profissional ou pessoal. Aqui se identifica o potencial do colaborador e busca a promoção das competências-chave para concretizá-lo.

2. Metas de melhoria

São os casos de corrigir o desempenho. Isso ocorre quando os relatórios apontam uma performance aquém dos padrões e requisitos esperados, e o RH deve acompanhar a evolução dos indicadores.

3. Metas de inovação

Consiste na criação de novas funções para aumentar a entrega de produtividade. É um fator determinante para o sucesso da empresa, porque, como o mundo vem se transformando rapidamente, as organizações são constantemente chamadas a inovar.

4. Metas Smart

Escolhendo as metas de desenvolvimento, melhoria e inovação, ou focando em outro aspecto, será importante estabelecer **níveis de exigência** adequados. A metodologia smart pode auxiliar bastante, uma vez que estabelece que as metas devem ser:



- algo claramente identificável e particularizado (específicas);
- aferíveis em termos quantitativos ou qualitativos(mensuráveis);
- um patamar dentro das possibilidades, forças e recursos dos destinatários (atingíveis);
- um fator realmente importante para empresa (relevantes);
- concretizáveis dentro de um prazo (definidas no tempo).
- ao considerar os cinco critérios, você promoverá a transparência nas avaliações de desempenho.

Ao considerar os cinco critérios, se promoverá a **transparência** nas avaliações de desempenho. Afinal, todos saberão quais são as expectativas, e elas serão justas.

Para medir a avaliação de desempenho, o IBGC adotará em sua gestão dois tipos de pesquisas, tais como o próprio governo do Estado de Goiás realiza, quais sejam: autoavaliação e avaliação de desempenho 180°.

R

Autoavaliação:

Esse é um tipo que pode ser muito vantajoso quando se tem uma equipe madura e engajada na melhoria dos resultados. Além disso, é uma excelente forma de fazer com que os colaboradores se sintam como parte importante dos processos de melhoria pretendidos pela gestão para alcançar os resultados esperados.

Na autoavaliação, o próprio colaborador é incentivado a listar suas fraquezas e pontos fortes. Em uma segunda etapa do processo, ele discute essa autoanálise com seu líder. Assim, juntos, colaboradores e gestores podem procurar as soluções para eliminar possíveis gargalos e melhorar os processos.

O uso dessa ferramenta é um estímulo para que os profissionais possam refletir sobre a sua performance, promovendo seu autoconhecimento e oferecendo a chance de eles mostrarem seu grau de amadurecimento e sua capacidade de entender os feedbacks repassados pela gestão rumo à melhoria contínua.

Um ponto de atenção para a equipe de Recursos Humanos está em verificar a imparcialidade do colaborador e do seu líder no momento da análise. É fundamental que o diálogo seja transparente e que os resultados não sejam fruto apenas do atendimento aos interesses individuais dos profissionais que participam da autoavaliação.

Avaliação de desempenho 180°

A avaliação de desempenho 180° é um meio tradicional, em que o desempenho individual do colaborador é averiguado pelo seu gestor direto, que acompanha de perto suas tarefas de rotina. Entre seus benefícios, está a garantia da padronização nos critérios de análise, o que possibilita que todos sejam avaliados sobre os mesmos tópicos.

Uma forma de minimizar problemas nesse tipo de avaliação é a calibragem de avaliação de desempenho. A partir dela, todos os relatórios são submetidos a um comitê composto pelo gestor de pessoas, por representantes do RH e por profissionais de diferentes níveis hierárquicos.

A ideia é analisar os critérios utilizados pelos líderes para deixar o nível de exigência mais uniforme e evitar a contaminação dos relatórios por problemas pessoais entre líder e liderado.

A importância do feedback

O feedback ou retroalimentação, é a principal ferramenta para a percepção dos itens avaliados, pois através dele o avaliador comunica ao avaliado sua posição. Seja ela satisfatória ou não.

Portanto, o IBGC juntamente com a administração da unidade e o seu setor de Recursos Humanos, informará o avaliado e buscará aperfeiçoamento, traçando um plano de desenvolvimento.

Sendo a comunicação o mais importante para avaliar o desempenho, o feedback é a principal ferramenta para construir a união da organização e seus colaboradores, pois permite clara negociação de objetivos, portanto, todos saem ganhando quando as metas são atingidas.

Segundo Pontes (2005), para consolidar um modelo cooperativo entre a administração e os colaboradores, é necessário a construção de uma via de mão dupla, na qual ganhem a organização e os funcionários.

Todo colaborador deve ter um pleno conhecimento de sua avaliação. Através do feedback é possível que ele mesmo trace metas para alcançar seus objetivos pessoais. Através do feedback o colaborador poderá planejar o seu futuro dentro da organização, atingindo suas expectativas.

METAS

A avaliação de desempenho permite estabelecer metas de desempenho para o período imediatamente superior. Deste modo deverá ser verificado após o fim deste período se as metas foram atingidas, atribuindo-lhes pontuação de acordo com o grau de cumprimento das mesmas pelo colaborador ou equipe.

As notas serão de (um) à (cinco), assim delineadas:

- 1) Não entregou as metas definidas no início do ciclo;
- 2) Entregou parcialmente as metas definidas;
- 3) Entregou todas as metas definidas;
- 4) Superou as metas definidas;
- 5) Excedeu nos resultados das metas definidas.

Sugestões de condutas para combater o absenteísmo dos colaboradores

Sucintamente absenteísmo é o quantitativo de faltas ou atrasos dos colaboradores. Se em qualquer empresa isso já é um problema, em um ambiente de saúde, uma ausência inesperada de um colaborador, maximiza e muito a problemática da questão.

Essa ausência, por vezes se dá por adoecimento do servidor (motivos alheios ao trabalho ou até por questão de saúde ocupacional). Não só por doença isso ocorre, existem também os motivos de ordem legal, tais como: casamento, luto, doação de sangue, acompanhamento de dependente em médico, etc.

Uma cultura de engajamento, com práticas gerenciais bem delineadas e que combate o comportamento prejudicial é a prática a ser adotada pelo IBGC junto aos colaboradores do Hospital Estadual de Luziânia.

A primeira ação é a identificação dos fatores que motivam o absenteísmo, tais como ausência de reconhecimento, sensação de não ser desafiado no ambiente laboral, excesso de carga de trabalho trazendo sensação de sobrecarga, ausência de um líder capacitado (tecnicamente e em habilidades de gestão), ruídos e falhas na comunicação interna.

Para o IBGC a motivação do colaborador é fator decisivo e buscado continuamente. A gestão humanizada, motivadora, acolhedora e estimulante possibilita um ambiente propício para a satisfação profissional.

Ademais, ouvir o colaborador, lhe dando voz, permite que o mesmo se sinta ouvido e que suas demandas (quando justas) sejam acolhidas, minimizando assim o absenteísmo.

CONHECER PARA ENFRENTAR:

É preciso conhecer as razões de ausências para criar mecanismos de enfrentamentos a elas. Para isso é preciso aferir as causas e montar estratégias de controle.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO:

Uma estratégia de enfrentamento bastante usual e muito eficaz é a bonificação por assiduidade do colaborador, atribuindo-lhe uma importância pecuniária junto ao seu salário, como "prêmio" por ter cumprido sua carga horária na totalidade.

O aniversário também é uma data em que, via de regra, as pessoas não desejam passar trabalhando, deste modo, criar uma bonificação com folga no dia do aniversário, é ação eficaz para estimular a assiduidade dos colaboradores.

O fluxo do trabalho é a lógica dos processos da equipe. Por exemplo, se determinada atividade começa em uma equipe e termina em outra. Será que esse fluxo está funcionando ou está gerando retrabalho?

Se essa atividade estiver gerando atrasos, é preciso entender qual é o gargalo no processo, e então montar um plano de ação para resolver esse problema. Ir testando algumas formas até tornar o trabalho ágil e eficiente para todos.

Incentivos e ambiente acolhedor:

Como já mencionado, o estímulo por meio de incentivos, sejam eles financeiros, de reconhecimento ou de algum benefício como uma folga, é um estímulo ao aumento da produtividade.

Além disso o ambiente de trabalho humanizado e acolhedor, permite ao colaborador se sentir confortável, e com bem – estar de modo que a produção aumentada se torna um fator natural nesse processo.

REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO

Josh Bersin, guru de RH e fundador da Bersin by Deloitte disse para Forbes em Dezembro de 2017:

Assim como muitas estratégias disruptivas transformaram empresas de viagens, varejo e outras indústrias, devemos essencialmente "transformar" nosso pensamento de RH com a adoção de soluções digitais.

Cada vez mais as instituições estão descobrindo que o principal ativo de um negócio são os colaboradores. Assim, entre as atividades de recursos humanos que vão muito além de fechamentos e contratações, entraram também plano de carreira, treinamentos, elaboração de estratégias, entre outros.

Somado a todo esse contexto temos a recente reforma trabalhista. São diversas vertentes que o profissional de RH deve estar atento.

Métodos antigos, pilhas de papéis e trabalhos manuais não acompanham mais o ritmo deste departamento em uma instituição.

Em meio a tantas atribuições importantes, o fechamento não pode mais ser a principal preocupação de um setor tão estratégico.

Enquanto existem entidades que gastam quase uma semana para realizar esta função, outras que já automatizaram a gestão de ponto fazem isso em apenas um dia. Assim, organizações atualizadas, ganham vantagem competitiva.

O controle de ponto online, proposto pelo IBGC, pode trazer diversos benefícios para um gerenciamento eficiente, abaixo listamos algumas dessas vantagens:

Estrita observância à legislação:

Os softwares são configurados de acordo com as exigências das Portarias 1510 e 373 do Ministério do Trabalho referentes ao controle de ponto e gestão de jornada. Assim, ao adotar o ponto eletrônico evitam-se erros e previnem os principais problemas enfrentados em processos trabalhistas.

CONTROLE EM TEMPO REAL

Permite que o gestor seja o primeiro a saber os atrasos de sua equipe e quem está fazendo horas extras. Todas as informações da jornada de forma rápida e prática, podendo ser acessado de forma online ser online, onde e quando for necessário.

O sistema proposto pelo IBGC é o de reconhecimento biométrico, evitando fraudes, e garantindo ainda mais segurança numa unidade de saúde como é o caso do Hospital Estadual de Luziânia.

Pensando-se na segurança à ser oferecida ao parceiro público (SES/GO) tal sistema, proporciona ainda uma garantia extra para a segurança das documentações em caso de auditoria.

RELATÓRIOS GERENCIAIS E INDICADORES

Quando os dados ainda são manuais, os relatórios costumam ser desatualizados e despendem muito tempo para gerar os indicadores. Em sistemas automatizados como o proposto pelo IBGC, tanto relatórios, gráficos quanto indicadores estão sempre com as últimas informações registradas, prontos para serem utilizados na tomada de decisão.

CONTROLE DE PESSOAL

INFORMAÇÕES GERAIS

A adoção da Planilha de Escalas de Trabalho é uma importante medida de controle que auxilia na visualização dos profissionais escalados mensalmente.

Tem como importância principal a fácil visualização por pacientes, familiares e fiscalizações de órgãos competentes, sendo uma planilha de auxílio ao controle de pessoal da Unidade de Saúde.

A elaboração da escala é de responsabilidade das Coordenações e deverá ser entregue ao Departamento de Recursos Humanos assinadas e carimbadas pelos mesmos e seus colaboradores.

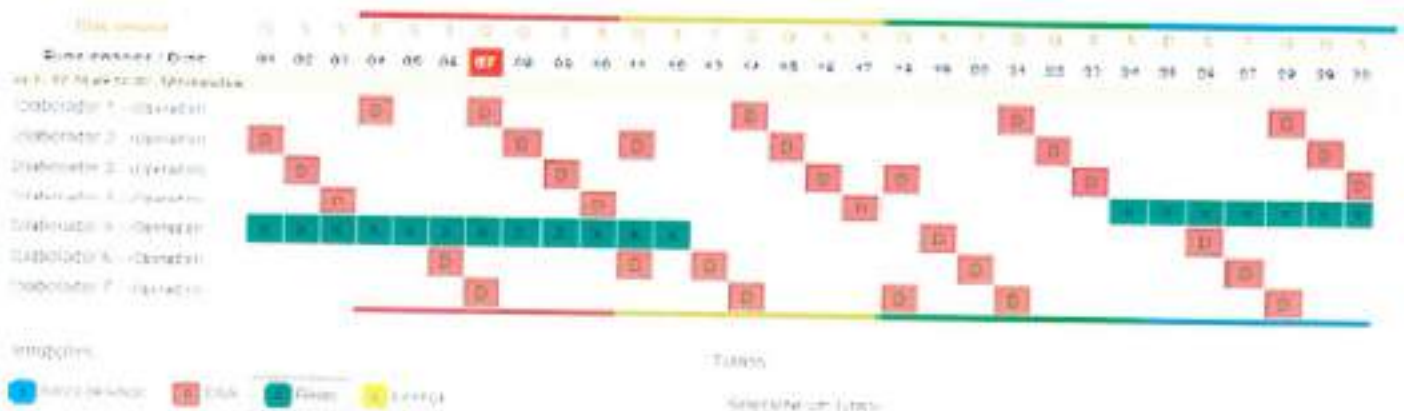
INSTRUÇÃO DE SERVIÇO

Todos os profissionais contratados pelo IBGC devem ser incluídos nas escalas de trabalho com as informações de matrícula, CPF, setor de trabalho e nome completo.

Afastamentos:

Todo Afastamento seja por férias ou INSS deverão ser informadas nas planilhas a fim de justificar as ausências dos colaboradores.

Modelo de escala:



R

PROGRAMA DE ACOLHIMENTO

1. APRESENTAÇÃO

Diante do início de qualquer profissional em uma Instituição, há o desconhecimento, sobretudo das normativas e estrutura organizacional, além de desconhecer também os processos de trabalho já estabelecidos.

Essa lacuna na formação do novo trabalhador afeta negativamente o serviço como um todo, frustrando as expectativas da equipe que o aguarda e as deste em relação ao novo serviço que inicia.

É no sentido de encontrar caminhos e mecanismos para a melhor integração dos novos profissionais à Unidade que, será traçado neste programa, estratégias de acolhimento para o profissional que inicia suas atividades nesta Instituição, proporcionando-lhe um espaço de apreensão de conhecimento nos âmbitos operacionais e comportamentais, para que o mesmo desenvolva uma visão contextualizada da Instituição e, após este processo de informação, possa sentir-se parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL Desenvolver ações que facilitem o acolhimento do novo profissional ao Hospital Estadual de Luziânia, possibilitando ao profissional o conhecer da estrutura, dos valores e das normas da Instituição a qual passa a fazer parte, conhecer ainda as expectativas da organização em relação a ele, às suas atribuições e ao seu papel nos processos de trabalho, permitindo ao recém-admitido prestar um atendimento com qualidade aos usuários do SUS.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I – promover o acolhimento e integração dos profissionais;
- II – buscar uma melhor relação entre funcionário e a Instituição, diminuindo os temores e ansiedades que são vivenciados pelos recém-admitidos;
- III - possibilitar ao recém-admitido informações sobre visão, missão, diretrizes organizacionais, normas e procedimentos da instituição, os benefícios que ela oferece, além de informações sobre a gestão de pessoas, avaliação do desempenho e remuneração.
- IV- facilitar a adaptação do recém-admitido às rotinas, competências, atividades a serem desenvolvidas e aos procedimentos de segurança padronizados e exigidos de cada setor;

V - proporcionar uma melhor adaptação do profissional à equipe de trabalho.

3. JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a forma como a instituição recebe seus novos funcionários e os integra à sua cultura, ao seu contexto e ao seu sistema de trabalho, é muito importante porque traz em seu bojo os elementos que contribuirão para definir o desempenho do novo funcionário (CHIAVENATO, 1999).

Os principais objetivos a serem alcançados pela integração são redução da ansiedade das pessoas, redução da rotatividade, economia do tempo e adequação das expectativas à realidade da empresa (CHIAVENATO, 1999).

A rotatividade no quadro de trabalhadores de saúde representa um grande problema enfrentado principalmente pelos gerentes de enfermagem e implica, significativamente, na qualidade do cuidado e também nos custos para a organização. A perda de profissionais experientes afeta o nível de cuidado prestado e aumenta o investimento necessário à admissão de um novo trabalhador (Nomura; Gaidzinski; 2005).

Reter e comprometer os profissionais em seus postos de trabalho, manter a qualidade da assistência, promover motivação e envolvimento aos novos funcionários, proporciona ganho tanto para o campo institucional quanto para o individual, diminuindo custos na contratação e treinamento. Assim, faz-se necessário a criação de estratégias para o aumento do grau de satisfação dos profissionais em relação ao treinamento recebido para a execução do trabalho e do acompanhamento da chefia em relação ao trabalho.

Ao facilitar a adaptação do novo funcionário, a instituição eleva as chances de sucesso na contratação realizada, aumentando a capacidade de resposta do funcionário para atender às necessidades do serviço de maneira mais rápida e autônoma sobre seu trabalho, estimulando o relacionamento mais próximo e saudável entre ele e a equipe.

O Programa de Acolhimento justifica-se na busca de proporcionar ao profissional o sentir-se parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho auxiliando na maior assertividade do processo seletivo.

4. PÚBLICO-ALVO

Os profissionais recém-admitidos de todos os vínculos que desempenharão suas atividades no Hospital Estadual de Luziânia.

5. AÇÕES

O Programa de Acolhimento do Hospital Estadual de Luziânia será desenvolvido pela Gerência de Recursos Humanos, a qual será composta por dois profissionais que

coordenarão as ações e treinamentos, utilizando o corpo clínico e profissionais do Hospital Estadual de Luziânia para o desenvolvimento do acolhimento dos novos profissionais, devendo o mesmo ser implementado nas seguintes linhas de ação:

5.1. ACOLHIMENTO INICIAL

5.1.1. Finalidade Receber o funcionário e fornecer informações iniciais relevantes sobre a Instituição da qual passa a fazer parte.

5.1.2. Responsáveis Recursos Humanos em parceria com o SESMT (Serviço Especializado em Saúde e Medicina do Trabalho) local, experiência da área de atuação do novo profissional.

5.1.3. Atribuições de cada setor

5.1.3.1 Recursos Humanos

a) apresentar ao funcionário informações iniciais relevantes sobre a Instituição, suas normas e diretrizes de forma objetiva e sucinta;

b) responsável pela conferência da documentação necessária para a instrução do dossiê funcional e pelos cadastros biométricos para o acesso à Unidade.

c) apresentar ao recém-admitido para ciência, termo de comprometimento e recebimento do kit acolhimento:

- Regulamentação de Trabalho;
- Normas Gerais de Funcionamento
- Folders explicativos: NR32 e Ergonomia e bloco de anotações;
- Descrição do cargo que ocupará e carta de orientação sobre o acesso eletrônico ao seu Perfil de Competências exigidas.

d) responsável pelo encaminhamento do funcionário ao gerente de sua área de atuação e ao SESMT local.

5.1.3.2. SESMT

Local Responsável em fornecer informações inerentes à NR 32 e demais temas inerentes à Segurança e Medicina no trabalho.

5.1.3.3 Gerência do setor de lotação (chefia imediata)

a) responsável na habituação, orientação e acompanhamento do profissional quanto às atividades a serem desenvolvidas e às rotinas e procedimentos adotados no setor.

b) responsável na criação de procedimento padrão para o acompanhamento inicial do profissional recém-admitido, contemplando os conhecimentos necessários sobre os procedimentos de segurança e rotinas padronizadas adotadas em cada setor.

5.2. TREINAMENTO INTRODUTÓRIO

5.2.1 Finalidade da ação

Proporcionar aos novos profissionais um conjunto de orientações que objetivem promover a integração ao seu contexto de trabalho, instrumento desenvolvido para auxiliar os profissionais na assimilação de princípios, valores, objetivos, normas e conceitos pertinentes à organização.

5.2.2. Responsável

Ação implementada pelo Recursos Humanos.

5.2.3. Recepção ao evento

Os novos profissionais receberão cartão de boas-vindas com a descrição da Missão, Visão, Perfil e Valores da Instituição e bolinha "anti-stress".

5.2.4. Metodologia

Realização de palestras com informações pertinentes à: Estrutura Organizacional, Humanização, Controle de Infecção, Gestão da Qualidade, Educação Continuada e Projetos, Recursos Humanos e Regulação em Saúde/SUS.

5.2.5. Competências a serem trabalhadas

Assimilação de princípios, valores, objetivos, normas e conceitos pertinentes à organização.

5.2.6. Objetivo

Instrumentalizar a socialização organizacional dos recém-admitidos.

5.2.7. Público-alvo

Novos funcionários do IBGC.

5.2.8. Carga horária

06 horas.

5.2.9. Periodicidade

Grupos quinzenais para os profissionais admitidos no período.

5.2.10. Resultados esperados Assimilação da cultura organizacional.

5.2.11. Avaliação do Treinamento Avaliação de Reação aplicada ao profissional.

5.3. TREINAMENTO INICIAL PARA O EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES

5.3.1 – Finalidade Promover a formação e a integração inicial de novos funcionários, facilitando a adaptação do recém-admitido às rotinas, competências, atividades a serem desenvolvidas e aos procedimentos de segurança exigidos de cada setor, para o atendimento das necessidades do serviço de maneira mais rápida, autônoma e segura, e ainda estimular o relacionamento mais próximo e saudável entre o novo profissional e a equipe.

5.3.2. Responsáveis Ação implementada pela Gerência da área de lotação do novo profissional.

5.3.3 Competências a serem trabalhadas

- a) orientação e acompanhamento do profissional quanto às atividades a serem desenvolvidas, rotinas e procedimentos adotados no setor;
- b) criação de procedimento padrão para o acompanhamento inicial do profissional recém-admitido, promovendo os conhecimentos necessários sobre os procedimentos de segurança e rotinas padronizadas em cada setor;

5.3.4. Metodologia

- a) Os profissionais passarão pelo Treinamento Inicial para o Exercício das Funções composto por um programa teórico-prático estruturado para atender as necessidades de cada seção, conduzido pelo setor de Educação Permanente e pela gerência de lotação do novo funcionário. (Duração mínima de 7 dias).
- b) Orientação e acompanhamento por profissional mais experiente. O funcionário será acompanhado pelo supervisor da área. O treinamento deverá ser estruturado de acordo com as peculiaridades de cada área de modo a proporcionar ao funcionário maior segurança no desempenho das funções inerentes ao cargo. As atividades serão realizadas gradativamente, conforme o desempenho demonstrado no dia a dia.

5.3.5. Objetivos

- a) preparação desse novo profissional para a aplicação prática dos conhecimentos às atividades inerentes ao seu cargo;
- b) orientação e acompanhamento do novo funcionário quanto às atividades a serem desenvolvidas, rotinas, protocolos e procedimentos adotados no setor;
- c) treinamento sobre políticas e protocolos institucionais: política de gerenciamento de riscos, protocolo de higienização de mãos, identificação do paciente, prevenção de quedas, prevenção de úlcera por pressão.

5.3.6. Público-alvo Novos profissionais.

5.3.7. Carga horária

R

O treinamento a ser definido conforme as necessidades de cada gerência e quantidade de participantes por turma, deverá ter uma programação mínima de 7 dias, com carga horária mínima de 42 a 60 horas.

5.3.8. Periodicidade De acordo com a admissão de novos profissionais.

5.3.9. Resultados esperados

Os resultados esperados serão norteados pela melhora dos requisitos de conhecimento, atitudes, habilidades e eficácia organizacional:

- a) melhor adaptação do novo funcionário às rotinas e competências exigidas ao desempenho de suas funções;
- b) maior compreensão da importância do emprego dos protocolos em serviços de saúde da rede pública na construção do processo de trabalho e do modelo de atenção em saúde, com o estabelecimento de uma aprendizagem significativa;
- c) utilização efetiva dos protocolos institucionais no dia a dia;
- d) diminuição da rotatividade e de custos com seleção de pessoal.

5.3.10. Avaliação A avaliação do treinamento em serviço será realizada por meio de instrumentos padronizados:

- a) avaliação inicial do funcionário: onde se mede o nível de conhecimento pré-existente do profissional;
- b) avaliação do supervisor imediato (gerente) com 45 dias de experiência (contratação) (pós treinamento): avaliação de desempenho estruturada de acordo com as competências organizacionais e técnicas de cada função;
- c) avaliação do supervisor imediato (gerente) com 90 dias de experiência (contratação): avaliação de desempenho estruturada de acordo com as competências organizacionais e técnicas de cada função, porém com grau de complexidade mais elevado alinhamento dos resultados com as necessidades de desenvolvimento dos treinandos;

6. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A avaliação do Programa ocorrerá por meio do controle de indicadores específicos realizados anualmente:

- Média do aproveitamento teórico prático do treinamento admissional da equipe (avaliação inicial, avaliação do supervisor (gerente) com 45 e com 90 dias (avaliação do alinhamento dos resultados com as necessidades de desenvolvimento dos treinandos)

- Avaliação do profissional sobre o programa de acolhimento (satisfação quanto ao programa oferecido e quanto aos condutores do treinamento).
- Turn - over no período de experiência (90 dias) e suas causas de desligamento.

O programa de acolhimento deverá ser validado através de ação conjunta dos gestores de todas as do Hospital Estadual de Luziânia, pois o sucesso do mesmo depende da co-participação de todos os envolvidos no processo, que devem garantir que o funcionário se sinta pertencente ao seu grupo de trabalho no seu ambiente de atuação.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

O Programa traçado será avaliado anualmente e reestruturado à medida que os objetivos forem alcançados ou que se delinearem novas demandas.

R

PROPOSTA DE TRABALHO COM ADEQUADO PLANEJAMENTO, VISÃO DE FUTURO,
CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO, CUSTOS ESTIMADOS E RESULTADOS FACTÍVEIS

O planejamento é essencial para alcançar o êxito, pois determina onde uma instituição quer chegar e como ela fará para executar o seu objetivo.

Para que um planejamento dê certo, é preciso envolver pessoas de vários níveis, se comunicar claramente, garantir que todos conheçam os seus objetivos e coordenar as atividades da organização para que as coisas aconteçam.

Para isso, é preciso entender os principais níveis de planejamento: **estratégico, tático e operacional**, que se diferenciam no prazo das ações, nos níveis hierárquicos envolvidos e como cada planejamento influencia no resultado geral da organização.

Planejamento Estratégico

O planejamento estratégico é o começo de tudo, é a visão do futuro da organização, que se estrutura nos fatores ambientais externos, e nos fatores internos, onde definimos os valores, visões e missão da organização.

As decisões tomadas no planejamento estratégico são de **responsabilidade da alta administração da mesma**.

As ações são criadas pensando em longo prazo, normalmente feitas para o período de 5 a 10 anos, que buscam uma visão ampla da organização sem ações muito detalhadas, pois seria difícil acertar tantos detalhes para um período tão longo.

É importante lembrar que devido as ações de longo prazo, o planejamento deve ser revisado e atualizado continuamente, para que as informações sejam mais reais e sirvam como fatos e dados para tomada de decisão.

R

Este passo é essencial para que não haja grandes variações entre o que foi planejado e o que foi executado.

Planejamento Tático

Enquanto o planejamento estratégico se desdobra para toda a organização, o planejamento tático tem um envolvimento mais limitado, a nível setorial, envolvendo às vezes apenas um processo de ponta a ponta.

O planejamento tático é o responsável por criar metas e condições para que as ações estabelecidas no planejamento estratégico sejam atingidas.

Por se tratar de um planejamento mais específico, as decisões podem ser tomadas por pessoas que ocupam os cargos entre a alta direção e o operacional, como executivos da diretoria e gerentes.

Outra característica que diferencia o planejamento tático é o tempo que as ações são aplicadas, geralmente no período de 1 a 3 anos mensurando ações para um futuro mais próximo do que o visado no planejamento estratégico, ou seja, médio prazo.

Aqui os planos começam a ser mais detalhados, e podemos dizer que o planejamento tático é a decomposição do planejamento estratégico, ele traduz e interpreta o plano estratégico para transformá-lo em planos concretos, onde vamos desenvolver o plano de produção, pessoal, dentre outros.

Planejamento Operacional

O planejamento operacional é de onde saem as ações e metas traçadas pelo nível tático para atingir os objetivos das decisões estratégicas.

Neste planejamento os envolvidos são aqueles que executam as ações que são aplicadas em curto prazo, geralmente no período de 3 a 6 meses.

Aqui, todos os níveis da organização estão envolvidos e cuidam do acompanhamento da rotina, **garantindo que todas as tarefas e operações sejam executadas**, de acordo com os procedimentos estabelecidos, preocupando-se em alcançar os resultados específicos.

É importante destacar que um planejamento estratégico não vai sair do papel se os planos do nível tático e operacional não forem bem estabelecidos, pois é **um processo integrado e interdependente**.

Todos os níveis são necessários: o estratégico para orientar a visão, o tático para desdobrar essa visão em planos de ação menores, e o operacional para levar os planos a execução. Por isso, os planejamentos devem envolver todos do Hospital Estadual de Luziânia e é um incentivo para que as pessoas se comprometam com os resultados.



OBJETIVO DO PROJETO:

Primordialmente o objetivo do Hospital Estadual de Luziânia é proporcionar o bem – estar, saúde, dignidade e cidade às pessoas por intermédio de profissionais que prestem serviços humanizados, com excelência, de forma ética.

Tal visão se alinha com a do Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada, à medida que, trata-se essa proponente, de uma organização social em saúde, que almeja proporcionar bem estar à população, alinhados seus valores nos preceitos do Sistema Único de Saúde.

O edital do Chamamento Público em tela aponta que o Hospital Estadual de Luziânia, funcionará 24 horas e realizará atendimentos de Urgência e Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Nordeste de Goiás mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões

Além disso o sustentáculo da parceria à ser realizada entre IBGC e SES/GO para gestão e operacionalização do Hospital Estadual de Luziânia se dá do seguinte modo:

- Lei 8080/90, princípios e diretrizes do SUS;
- Observância da legislação sanitária e ambiental;
- Gestão da unidade baseada em indicadores mensuráveis;
- Busca de certificação de qualidade em saúde.
- Política de Educação Permanente em Saúde do SUS;
- Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DO IBGC NA GESTÃO DA UNIDADE:

1) Estratégia Para Melhoria Da Qualidade Assistencial:

- Avaliar periodicamente a experiência e a capacidade para garantir o acesso da população a unidade hospitalar e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

- Identificar as barreiras de acesso ao serviço da unidade;
- Utilizar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.
- Realizar o diagnóstico local da atenção às urgências/emergências e os processos e fluxos de integração com a rede assistencial.
- Formular propostas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações, com base no diagnóstico situacional e no perfil da situação de saúde.
- Apresentar as propostas formuladas e informações necessárias para a Gestão Estadual e Municipal, Conselho Estadual e Local de Saúde e setores envolvidos.
- A Melhoria da Qualidade da Assistência deverá incluir ações e procedimentos em todos os Pontos de Atenção do Hospital Estadual de Luziânia.

2) Ferramentas Da Qualidade

Criar espaços com finalidade de construir a rede de relações nas equipes assistenciais e demais equipes de apoio e da unidade, de forma a romper com a linearidade, torná-la aberta, descentralizada, dinâmica e horizontal e que seja capaz de auto regular-se, para o isso a unidade propõe o uso das seguintes ferramentas:

- Fluxogramas: proporcionar uma descrição de fácil visualização das sequências das etapas do processo por meio de gráfico de barras.
- Diagrama de Dispersão: fornecer dados estatísticos das variáveis dependentes e independentes de um processo produtivo.
- Diagrama de causa efeito ou Diagrama de Ishikawa: identificar a semelhança entre o resultado e todas as causas de um problema.

- Gráfico de Pareto: favorecer a identificação, a medição e a prioridade dos problemas mais constante de um processo.
- Carta de Controle: acompanhar a variabilidade por meio da medição e o tempo do processo e é um gráfico.
- Folha de Verificação: numerar as constantes ocorrências de um processo produtivo, em um determinado periodo de tempo.
- Histogramas: colaborar por meio da união dos dados, a medição e tornar visível a flexibilidade de um determinado processo e é representado por um gráfico.
- Matriz de GUT: representar os problemas ou riscos potenciais por meio das prioridades, visando diminuir os efeitos.
- Brainstorming: detalhar as percepções em relação a um determinado assunto, buscando assim diferentes opiniões a partir da criatividade coletiva.
- 5'S: colaborar na modificação comportamental dos colaboradores, a fim de ter um senso de organização conservando o ambiente agradável e abolindo os desperdícios.
- 5W2H: representar e unificar os processos, na organização de planos de ação e na afirmação de métodos adjuntos aos indicadores, sendo assim de cunho gerencial.

Nesse contexto, é importante destacar que algumas ferramentas são utilizadas com menor assiduidade e outras são aplicáveis em determinadas atividades.

3) CUMPRIMENTO DE METAS E INDICADORES

O IBGC informará mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

Os indicadores de desempenho serão encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro-Síntese de Metas de Desempenho

Indicador	Meta
Taxa de Absenteísmo de Consultas Médicas	< 20%
Taxa de Absenteísmo de Consultas Não Médicas	< 20%
Índice de Retorno Médico	< 20%
Perda Primária em Consulta Médica	< 20%

4) CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE

O IBGC se propõe a adotar os princípios de Gestão da Qualidade que serão desenvolvidos considerando a abordagem de processos, ou seja, serão levantados os processos considerados principais de impacto e suas relações internas, e os processos de apoio da Instituição.

Essa prática permitirá a melhoria da eficácia do Sistema, uma vez que potencializará a confiança da instituição no funcionamento integrado dos seus processos, aumentando assim a satisfação do usuário pelo atendimento sistemático dos seus requisitos.



As estruturas administrativas a serem adotadas estarão estabelecidas em um macro processo a ser elaborado com as sequências e interação das atividades de forma coerente aos requisitos da certificação pela ONA, segundo o apoio disponibilizado pela SES/GO, em prol da excelência e melhoria contínua, e comporá um rol de documentos a serem formatados em manuais e institucionalizados.

Portanto, dentre os modelos e certificações de qualidade a que propõe implantar no curso do contrato de gestão, cita-se:

- A avaliação pelo ONA que é realizada pelas Instituições Acreditoras Credenciadas pela ONA, tendo como referência as normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação. A certificação pode ocorrer em três níveis:
- Acreditado (Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais. Válido por dois anos).
- Acreditado Pleno (Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades. Válido por dois anos).
- Acreditado com Excelência (O princípio deste nível é a "excelência em gestão". Uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2, além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional. Válido por três anos)

5) Implantação de todos os serviços da unidade:

Objeto de implantar todos os serviços da unidade, de acordo com a carta de serviços contida no Termo de Referência no Chamamento Público em tela, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias.

Planejamento Estratégico	Planejamento Tático	Planejamento Operacional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Implantação de todos os serviços da unidade	Planejamento prévio	Planejamento de todas as frentes do projeto	X	X																
		Diagnóstico inicial da unidade	X	X																
		Carteira de serviços ambulatorio	X	X	X	X														
		Carteira de Serviços SADT	X	X	X	X	X													
		Carteira de Serviços Centro Cirúrgico	X	X	X	X	X	X												
		Carteira de serviços demais serviços previstos e pactuados	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Cumprimento de Metas e Indicadores pactuados	Definição de indicadores de produção	Desempenho no ambulatorio e demais serviços.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
	Definição de indicadores de desempenho	Desempenho no faturamento, regulação e atendimento ao usuário		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							

R

Estratégia Para Melhoria Da Qualidade Assistencial	Identificar as barreiras de acesso ao serviço da unidade	Alinhar com gerentes do acesso ao serviço da unidade		X	X	X	X	X	X	X	X	X																
	Identificar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual	Reunião de equipe para desenvolvimento de metodologia		X	X	X	X																					
Ferramentas Da Qualidade	Fluxogramas - proporcionar uma descrição de fácil visualização das sequências das etapas do processo por meio do gráfico de barras.	Definir método a ser utilizado			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE	Implantação de processos	Alinhamento com equipes para definição de cronograma interno para certificação em 18 meses							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

CUSTOS: Os custos dos projetos alinhados acima pelo IBGC já são embutidos na própria proposta financeira para a unidade, tendo em vista serem custos sobretudo com recursos humanos e processos assistenciais da unidade.



RESULTADOS FACTÍVEIS:

- **Implantação de serviços:** implantação integral dos serviços em até 6 (seis) meses;
- **Cumprimento de metas e indicadores contratuais:** Cumprimento de 90% no mínimo de metas pactuadas entre a SES/GO e o IBGC e 100% dos indicadores de desempenho.
- **Certificação ONA 1:** Implantação integral de todos os projetos e certificação ONA, em no máximo 18 (dezoito) meses de gestão;
- **Ferramentas Da Qualidade:** Definição e utilização da melhor ferramenta de mensuração de qualidade, a partir de uma análise inicial da unidade (3 primeiros meses);
- **Estratégia Para Melhoria Da Qualidade Assistencial:** identificar e superar barreiras de acesso ao serviço da unidade e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

PROJETOS TÁTICOS E OPERACIONAIS A SEREM REALIZADOS A ALCANÇAR E DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO

Para se atingir o planejamento estratégico é necessário desmembrar as ações à nível tático e operacional, à fim de se obter êxito.

Deste modo cada tópico do planejamento estratégico será esmiuçado em subprogramas dentro de um Projeto Tático de Ação. Cada projeto contará com a figura de um supervisor de projeto que abordará as ações em um nível operacional.

Para um acompanhamento eficaz, serão delimitadas ações e definidos indicadores, além de programação de reuniões periódicas que permitam acompanhar de perto a evolução.

Planejamento Tático	Planejamento Operacional	Prazo	SUPERVISOR DO PROJETO
Planejamento prévio	Planejamento de todas as frentes do projeto	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR ASSISTENCIAL
	Diagnóstico inicial da unidade	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR ASSISTENCIAL
	Carteira de serviços ambulatorio	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR ASSISTENCIAL
	Carteira de Serviços SADT	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR ASSISTENCIAL



	Carteira de Serviços Centro Cirúrgico	Início em 30 dias após o contrato de gestão	SUPERVISOR ASSISTENCIAL
	Carteira de serviços dos demais serviços previstos e pactuados	Início em 90 dias após o contrato de gestão	SUPERVISOR ASSISTENCIAL
Definição de indicadores de produção	Desempenho no ambulatório e demais serviços.	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR DO NIR
Definição de indicadores de desempenho	Desempenho no faturamento, regulação e atendimento ao usuário	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR DO NIR
Identificar as barreiras de acesso ao serviço da unidade	Alinhar com equipe gargalos do acesso ao serviço da unidade	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR DO NIR
Identificar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.	Reunião de equipe para desenvolvimento de metodologia	A partir de 30 dias após o contrato de gestão	A partir do primeiro dia do contrato de gestão

R

<p>Fluxogramas: proporcionar uma descrição de fácil visualização das sequências das etapas do processo por meio de gráfico de barras.</p>	<p>Definir método a ser utilizado</p>	<p>A partir de 30 dias após o contrato de gestão</p>	<p>SUPERVISOR ASSISTENCIAL</p>
<p>Implantação de processos</p>	<p>Alinhamento com equipes para definição de cronograma interno para certificação em 18 meses</p>	<p>Início à partir de 120 dias do Contrato de Gestão</p>	<p>SUPERVISOR DO NÚCLEO DE QUALIDADE DO PACIENTE</p>

R

R

PROPOSTA TÉCNICA

**HOSPITAL
ESTADUAL DE
LUZIÂNIA**

**DOCUMENTAÇÃO DA
PROPONENTE**

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

A handwritten signature in blue ink, located at the bottom right of the page.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a profissional Mara Rúbia Gonçalves de Souza, inscrita no CPF sob o nº 136.046.208-21, trabalhou para o Instituto de Gestão e Humanização - IGH inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33 nos seguintes Períodos e Contrato de Gestão:

Contrato de Gestão 131/2012 SES/GO

- ✓ Período: 15/09/2014 a 06/01/2017
- ✓ Função: Diretora Operacional – Hospital Materno Infantil - HMI
- ✓ Quantidade de Leitos Contratualizados: 217 (duzentos e dezessete)

Contrato de Gestão 096/2016 SES/GO


- ✓ Período: 09/01/2017 a 29/08/2020
- ✓ Função: Diretora Geral – Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia – HUAPA
- ✓ Quantidade de Leitos Contratualizados: 95 (noventa e cinco)

Contrato de Gestão 108/2018 SMS/Contagem

- ✓ Período: 14/09/2020 a 10/06/2021
- ✓ Função: Diretora Geral das UPAs do Município de Contagem
- ✓ Quantidade de Leitos Contratualizados: 417 (quatrocentos e dezessete) – Complexo Hospitalar de Contagem
- ✓ Quantidade de UPAs Contratualizadas: 5 (cinco)

Declaramos, ainda, que a profissional prestou seus serviços com excelente desempenho operacional. Cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica, operacional, gerencial até a presente data.

Goiânia, 08 de setembro de 2021.


INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO – IGH
CNPJ 11.858.570/0001-33
JOEL SOBRAL DE ANDRADE
SUPERINTENDENTE







Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: 27/07/2021

Nome Civil: **MARA RUBIA GONSALVES DE SOUZA**
CPF: **136.046.208-21**
Data de Nascimento: **22/01/1971**
Sexo: **Feminino**
Nacionalidade: **Brasileira**
Nome da Mãe: **MARLUCE MARIA DE SOUZA**

Contratos de Trabalho

● **14/09/2020 - 10/06/2021**
INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO IGH
CNPJ: **11.858.576/0001-33**
Ocupação: **142105 - GERENTE ADMINISTRATIVO**
Salário Contratual: **R\$ 17.595,00**
Remuneração Inicial: **R\$ 19.000,00**
Última Remuneração Informada: **R\$ 6.333,33** (06/2021)

Anotações

14/09/2020 - Admissão
10/06/2021 - Rescisão Contratual

● **09/01/2017 - 29/08/2020**
INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO IGH
CNPJ: **11.858.576/0001-33**
Ocupação: **131205 - DIRETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
Salário Contratual: **R\$ 16.666,72**
Remuneração Inicial: **R\$ 15.750,00**
Última Remuneração Informada: **R\$ 24.065,86** (08/2020)

Anotações

09/01/2017 - Admissão
21/10/2019 - Férias de 15 dia(s) com previsão de encerramento em 04/11/2019
16/12/2019 - Férias de 15 dia(s) com previsão de encerramento em 30/12/2019
01/03/2020 - Salário alterado para R\$ 17.592,00
29/08/2020 - Rescisão Contratual



Carteira de Trabalho Digital

• 15/09/2014 - 15/03/2017

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO IGH

CNPJ: 11.858.570/0002-14

Ocupação 131205 - DIRETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Remuneração Inicial R\$ 8.544,80

Última Remuneração Informada R\$ 17.993,98 (01/2017)

Anotações

15/09/2014 - Admissão

01/01/2016 - Ocupação alterada para DIRETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE

15/01/2017 - Rescisão Contratual

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a profissional Sara Gardenia Fausto Teixeira de Souza, inscrita no CPF sob o nº 673.865.635-15, trabalhou para o Instituto de Gestão e Humanização – IGH inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33 nos seguintes Períodos e Contrato de Gestão:

Contrato de Gestão: 131/2012 SES/GO


- ✓ Período: 10/02/2016 a 02/12/2019
- ✓ Função: Diretora Técnica – Hospital Materno Infantil - HMI
- ✓ Quantidade de Leitos Contratualizados: 207 (duzentos e sete)

Contrato de Gestão: Termo de Transferência de Contrato 001/2013 SES/GO

- ✓ Período: 02/01/2017 a 02/12/2019
- ✓ Função: Diretora Técnica - Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes – HMSL
- ✓ Quantidade de Leitos Contratualizados: 39 (Trinta e nove)

Declaramos, ainda, que a profissional prestou seus serviços com excelente desempenho, cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica, assistencial, gerencial até a presente data.

Goiânia, 06 de outubro de 2021.


Instituto de Gestão e Humanização - IGH
Rita de Cassia Leal de Souza
Diretora Regional Goiás




MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
 INSTITUTO NACIONAL DE EMPREGO

124.07514.95-7

5895097 001-0 GO

Adriano Vieira Mendes




QUALIFICAÇÃO CIVIL
BRASILEIRO

ADM. ADOLESCENTE VIEIRA MENDES

LG 13 MAR. GOIÂNIA - GO
 TERÇA - OLIVEIRA MENDES MORAES RA
 NBR CASAS VIEIRA
 DT. APRESENT. 03.20100339 GO
 ESTADUAL - CASADO

CPF 011.784.013 IN 342.771.321-48
 P. 12728 82004751003 30363 2249 076 140

CIA. SARBÃO - SERVIÇO NACIONAL DE EMPREGO
 Brasília - 14002003

CONTATO DE TRABALHO

GOIÂNIA - GO
Administradores de Empresas
 24 setembro 2010

[Handwritten signatures and notes]

Mat. 1081
 SANTA CRUSA DE MEDICINA TERAPÊUTICA
 CNPJ 010137000037-28
 RUA CHURRINGUA 1120
 BARRA AMERICANA DO NORTE
 GOIÂNIA - GO
 Caixa 34681875-0001 - 74060-000
 DIÁDIA 07462014
 Telefone 1 - 51 3511 2604
 HOLTZE 121 E QUINTEIRO DE 02

[Handwritten signature]
 MRS. Maria de Carvalho
 Administradora de Empresas

CARTÓRIO INDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO

ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCRIVÃO
 Matr. D-4-20722102150
 https://www.cartorio.org.br/



[Handwritten signature]

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Atendendo as diretrizes da Alta Gestão dessa Organização, cumpre-me apresentar como Médico Radiologista, Rafael Soares Lemos regularmente registrado no CRM-GO sob o nº 12794, com ampla experiência na área.


Acreditando que minhas qualificações médicas e profissionais estão de acordo com as exigências e critérios para ocupação da função, descrevo a seguir meu recente histórico profissional.

Atualmente ocupo o cargo de Diretor Técnico há mais de 4 (quatro) anos na Clínica Matri - Clínica de Diagnóstico por Imagem de Trindade, uma clínica conceituada sendo a mesma uma policlínica, contando hoje com consultórios com várias especialidades médicas, sendo referência em Ortopedia, Radiologia e Imaginologia, dentre várias outras e modalidades de exames como: Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Mamografia, Radiografia, Ultrassonografia, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Mapa e Holter.

Trindade, 29 de setembro de 2021.

Para os devidos fins, atesto ser verdadeira as informações relatadas,

1º OFÍCIO


Patrícia Cassia Cordeiro Mendes
Gestora Administrativa


Pedro Jose de Santana Junior
Diretor Administrativo
CRM-GO: 12821



1º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Rua Manoel Monteiro, 40 - Qd. 11 Lt. 02 - Trindade - GO
CNPJ: 07.000.000/0001-12
Inscrição Estadual: 07.000.000-0001-12
Inscrição Municipal: 07.000.000-0001-12

04782110012608846000
Consulte <http://atrazajudicial.tjgo.jus.br/ajely>
Reconheço verdadeira a assinatura indicada de PATRICIA
CASSIA CORDEIRO MENDES, DO FA. 0070 708870,
Trindade-GO, 29 de outubro de 2021.

Em Teste Público de
Verdade,
Karolayne Fernandes Oliveira - Escrivã



28.690.130/0001-12
CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO
POR IMAGEM DE TRINDADE LTDA
Av. Manoel Monteiro nº 40 Qd. 11 Lt. 02
Jur. - Salvador CEP: 75.388-454
Trindade - GO



FAEL

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA

Estado do Paraná

Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor da Faculdade Educacional da Lapa - FAEL, no uso de suas atribuições regimentais certifica que

Marilda Francisca Faria de Melo

de nacionalidade brasileira, nascida em 07 de setembro de 1980, portadora do RG. nº. 4.286.438/SSP/GO, concluiu o curso de Pós-Graduação, nível de Especialização em **Gestão Estratégica na Área de Saúde, Área de Conhecimento: Ciências Sociais, negócios e direito**, realizada no período de 16/05/2020 a 11/06/2021 de acordo com a Resolução CNE/CES nº 01/2018, perfazendo um total de 360 (Trezentas e Sessenta) horas.

Lapa, 11 de junho de 2021

Marilda Francisca Faria de Melo
Pós-Graduada


Francisco Carlos Sarlo
Diretor

Site de Validação: <https://fael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado>

Aluno: 152402943 - Mônica Francessca Faria de Melo
 Curso: Gestão Estratégica no Área de Saúde

Registro: Livro 200 Folha: 41
 Data do Registro: 21 de junho de 2023

Disciplinas	Nota	Rede	Nota	Rede	Nota	Rede	Nota	Rede	Nota	Rede	Nota	Rede	Nota	Rede	Nota	Rede	Nota	Rede	Nota	Rede
Disciplinas de Física para Saúde: Saúde, Vida, Defesa do Jus e de Gestão	30	Renata Maria Medeiros	Medico	30	A	100%														
Gestão de Recursos e Qualidade em Serviços de Saúde	30	Onir Luiz Jorge	Medico	30	B	100%														
Gestão de Pessoas, Planejamento e Estrutura Organizacional	35	Eliane Giannini	Medica	35,0	A	100%														
Gestão de Programas, Saúde do Cidadão, Atenção Primária	30	Sandra Lúcia de Carvalho Kingstina	Especialista	30,0	B	100%														
Gestão e Lixo: Saúde e Meio Ambiente	30	Isaac Ben Benedito	Medico	30,0	B	100%														
Metodologia da Pesquisa Científica	30	João Guilherme Silva Vieira	Docente	30,0	B	100%														
Metodologia da Pesquisa Científica e seus Recursos Computacionais	30	Francine de Almeida Pereira Brito	Medica	30,0	A	100%														
Organização, Pesquisa Pública, Planos de Cuidado e Planejamento	30	Valéria Thiane	Medica	30,0	A	100%														
Planejamento em Saúde Pública: Saúde no Brasil	30	Walber Ferreira de Oliveira	Docente	30,0	B	100%														
Sistemas de Informação, Indicadores Epidemiológicos de Saúde	30	Guilherme Aguiar de Fátima	Medica	30,0	B	100%														
Sistemas de Informação, Saúde do Cidadão (NAS) e seus Recursos Computacionais	30	Ester Fogaça de Almeida	Docente	30,0	A	100%														
Sistemas de Informação, Saúde, Vida, Defesa do Jus e de Gestão	30	Adriana Alves Barboza	Especialista	30,0	A	100%														

Carga Horária Total: 360,00

Legenda	A: 50 a 70,0	B: 60 a 80,0	C: 70 a 7,9	D: Insuficiente
---------	--------------	--------------	-------------	-----------------

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA Reconhecida pelo Portaria nº 197 de 2016. Publicada no D.O.U. nº 58 de 22 de abril de 2016, seção 2, pg. 35.
 Reconhecimento para oferta de cursos em FAD: Portaria nº 756 de 2017, publicada no D.O.U. nº 429 de 23 de junho de 2017, seção 4, pg. 16.

O presente curso de Pós-Graduação Lato Sensu em nível de Especialização, cumpre todas as disposições e normas da Resolução CNE/CEB nº 01/2018, publicado no D.O.U. nº 67 de 09/04/2018, seção 1, pg. 43.

Lapa, 21 de junho de 2023



Documento Gerado e Assinado Digitalmente em: 11/06/2023 às 16:28:11 (hora e hora de Brasília)
 Dados do Assinante: SOCIEDADE TECNICA EDUCACIONAL DA LAPA S.A. - CNPJ/CNPJ: 02.508.979/0001-65
 Código de Verificação: 684c6b3035f73044444446633





FAEL

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA
Estado do Paraná

Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor da Faculdade Educacional da Lapa - FAEL, em virtude das atribuições legais, emitiu o seguinte

ISABELLA MEDEIROS DE MELO BARCELLOS

de nacionalidade brasileira, nascida em 24 de junho de 1973, portadora do RG nº 9839585470, concluiu o curso de Pós-Graduação, nível de Especialização em Gestão Estratégica na Área de Saúde, Área de Concentração: Gerenciamento, Cursos de Pós-graduação em Saúde, realizado no período de 08/03/2021 a 27/02/2022 de acordo com a Resolução CME/CEES nº 02/2018, perfazendo um total de 360 (trezentos e sessenta) horas.

Lapa, 07 de junho de 2022

ISABELLA MEDEIROS DE MELO BARCELLOS
Fui avaliada

Isabella Medeiros de Melo Barcellos

Site de verificação: <http://portal.edu.br/portal/verificacao/validacao-de-certificado>

CARTÓRIO INDIO ARTIACA



Cartório Índio Artíaca - Rua José de Azevedo, 100 - Centro - Lapa - Paraná - CEP: 81.100-000

AUTENTICAÇÃO

DANIEL RODRIGUES DE SOUZA
ESCRIVÃO
CPF nº 00722091421287943117



Para obter mais informações, consulte o site: portal.edu.br



FAEL

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA

Estado do Paraná

Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor da Faculdade Educacional da Lapa - FAEL, no uso de suas atribuições regimentais certifica que

Gizelly Angello Vieira Santiago Cabral

de nacionalidade brasileira, nascida em 18 de janeiro de 1985, portadora do RG. nº 7337040/PC/GD, concluiu o curso de Pós-Graduação, nível de Especialização em **Gestão Estratégica na Área de Saúde**, Área de Conhecimento: Ciências Sociais, negócios e direito, realizado no período de 17/06/2020 a 30/09/2021 de acordo com a Resolução CNE/CES nº 02/2018, perfazendo um total de 360 (Trezentas e Sessenta) horas.

Lapa, 12 de fevereiro de 2021.

Marcel Helena Cortales
Secretária

Gizelly Angello Vieira Santiago Cabral
Pós-Graduada

Francisco Carlos Sando
Diretor

Site de Validação: <https://fael.edu.br/institucao/validacao-de-certificado>

2

Aluno: afoa0366 - Garry Augusto Vitor Santiago Cerezi
 Curso: Gestão Estratégica em Área de Saúde

Registro: 5432 Livro: 100 Folha: 200
 Data do Registro: 12 de janeiro de 2011

Disciplina	CH	Disciplinas	Turma	Nota	Conce.	Freq.
Disciplinas do Curso para Saúde: Saúde, Vida, Defesa da Saúde e da Criança	30	Reserva Física Poderiv	Matema	9,0	B	100%
Gestão de Pessoas e Qualidade dos Serviços de Saúde	30	Conv. José Lyrio	Matema	9,0	A	100%
Gestão de Pesquisa, Especialidade e Etnia nas Políticas Sociais	30	Eliene Graciano	Matema	10,0	A	100%
Gestão de Programas: Saúde do Cidadao, Física e Mental	30	Renilda Lúcia de Carvalho Rodrigues	Especializaç	7,0	C	100%
Gêneros e Literaturas da Região	30	Van Bin Reusara	Matema	10,0	A	100%
Metodologia de Pesquisa Científica	30	Sonia Guibertine Silva Vieira	Declar	8,0	A	100%
Sistemas de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Serviços de Coordenação	30	Deianeire de Almeida Pimenta Batista	Matema	8,0	B	100%
Organização, Defesa Política, Ritmo de Ensino e Parâmetros	30	Valdir Titular	Matema	10,0	A	100%
Manejo em Saúde	30	Walter Ferreira de Oliveira	Declar	9,0	C	100%
Políticas Sociais no Brasil	30	Givaldo Aguiar de Fátima	Matema	8,0	B	100%
Processos de Informação, Indicações Epidemiológicas de Saúde	30	Eliene Fogal Rodrigues	Química	7,0	C	100%
Monitoria em Saúde: Vigilância Ambiental, Epidemiológica, Sanitária e Estatística Vitalícia	30	Adevaria Pêças Bendoric	Especializaç	8,0	A	100%

Contas Pendentes: 0,00

Legenda: A: 9,0 a 10,0 B: 8,0 a 8,9 C: 7,0 a 7,9 D: Insuficiente

FA CULDADE EDUCACIONAL DA LATA, reconhecida pelo Conselho nº 397 de 2007. Autorizada no D.O. Un. nº 68 de 11 de abril de 2006, seção 1, pp. 25.
 Revalidado pelo Conselho de Ensino em EAD, Portaria nº 796 de 2007, publicada no D.O. Un. nº 115 de 23 de junho de 2007, seção 1, pp. 16.

O presente curso de Pós-graduação Lato Sensu em nível de Especialização, cumpre todas as disposições e normas da Resolução CNE/CES nº 01/2010 publicado no D.O. Un. nº 67 de 09/04/2010, seção 1, pp. 43.

Cont. 11 de janeiro de 2011.



Documento Gerado e Assinado Digitalmente em 13/01/2011 às 20:51:37 pela equipe de Brasília.
 Dados do Aluno: Nome: SOCIEDADE TECNICA EDUCACIONAL DA LATA S.A. - CNPJ: 02.859.975/0001-44
 Código de Verificação: 487619742075045058203
 Valida esse documento em: <https://www.fael.com.br/validar>





Certificado

A Unyleya Educacional S.A. tem honra e orgulho, ao reconhecer a sua Exatidão e
Honestidade, verificada por:

CRISTIANE ALVES DE MENESES CARVALHO

(Inscrição de Matrícula: 107.014)


com base em aproveitamento no Curso de Pós-Graduação em Gestão
Especialização com 420 horas em:

MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR

(inscrição de Matrícula: 107.014)

Até ao presente no dia agosto de 2016.


CRISTIANE ALVES DE MENESES CARVALHO
PROFESSORA


MARCELINO GONÇALVES
Diretor Acadêmico





FACULDADE UNYLEYA - HISTÓRICO ESCOLAR

CRATERIA ALVES DE MENEZES CARVALHO

Pós-Graduação - Lato Sensu - MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR

Prova de Avaliação (MBO) 22 de novembro de 2016 a 08 de julho de 2017 - Dep. Paulo A. de F. S.

Disciplina	1ª Avaliação	2ª Avaliação	Nota - Média das 2 avaliações
Introdução à Administração e Planejamento	40	50	45,00
Contabilidade Financeira e Custos	40	50	45,00
Marketing e Vendas	40	50	45,00
Recursos Humanos e Gestão de Pessoas	40	50	45,00
Legislação e Ética Profissional	40	50	45,00
Atendimento ao Cliente	40	50	45,00
Controle de Qualidade e Gestão de Processos	40	50	45,00
Resumo de Matemática	40	50	45,00

Prova de TCC - NÍVEL DE TAREFA PÚBLICA NO PRATO, COM AVULGARES, DESPESAS E SIMULIMÇAS

Assinatura do(a) responsável pelo curso: _____

Este documento é válido para fins de comprovação de desempenho acadêmico. Para mais informações, consulte o site da Faculdade Unyleya.

Unyleya - Faculdade Unyleya

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO

Este documento é uma cópia autenticada da original. (100%)

Carimbo, 05 de Julho de 2017

ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCRIVENTE.

Selo Digital nº 00072310012811409491512

<https://www.11go.gov.br/verifica>

ART0102



[Handwritten signature]



FAEL

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA

Estado do Paraná

Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor da Faculdade Educacional da Lapa - FAEL, no uso de suas atribuições regimentais certifica que:

Rosana Resende Nogueira Chaves

de nacionalidade brasileira, nascida em 19 de janeiro de 1967, portadora do RG. nº. 497 510/SSP/MS, concluiu o curso de Pós-Graduação, nível de Especialização em Gestão Estratégica na Área de Saúde, Área de Conhecimento: Ciências Sociais, negócios e direito, realizado no período de 07/05/2020 a 02/03/2021 de acordo com a Resolução CNE/CES nº 02/2018, perfazendo um total de 360 (Trezentas e Sessenta) horas.

Lapa, 02 de março de 2021.

Mônica Helena Gontijo
Secretaria

Rosana Resende Nogueira Chaves
Pós-Graduanda

Francisco Carlos Sardo
Diretor

Site de validação: <http://fael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado>



Aluna: Adenilson - Rua: R. de Nogueira César
 Curso: Gestão Estratégica na Área de Saúde

Registro nº 05. Livro 100 Folha 215
 Data de Registro: 01 de Setembro de 2023

Disciplinas	CM	Docente	Turma	Nota	Conv.	Freq.
Oratória em Português Saúde - Saúde, V. de Ciências SUS e	10	Renata Riva de Farias	Matutina	10,0	A	100%
Sistema de Proteção e Qualidade dos Serviços de Saúde	20	Clara José Nóbis	Matutina	10,0	A	100%
Gestão de Pessoas, Responsabilidade e Emprego Público em Saúde	20	Glaura Saraiva	Matutina	10,0	A	100%
Gestão de Programas - Saúde em Contexto: Foco e Mensal	30	Benedicta da Encarnação Ligeira	Especialista	10,0	A	100%
Metodologia da Pesquisa Científica	40	Isaac Eliu Magalhães	Matutina	10,0	A	100%
Metodologia de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus Níveis de Complexidade	40	Isaac Eliu Magalhães	Matutina	10,0	A	100%
Organização, Gestão e Avaliação do Serviço de Saúde	50	Graciela de Almeida Fajon Batista	Matutina	10,0	A	100%
Planejamento em Saúde	60	Wagner Tosta	Matutina	10,0	A	100%
Pública em Saúde - Curso Básico	70	Wagner Tosta	Matutina	10,0	A	100%
Sistemas de Informação, Estatística Epidemiológica em Saúde	70	Elaine Aparecida Felício	Matutina	10,0	A	100%
Qualidade em Saúde - Trabalho em Equipe	80	Elaine Aparecida Felício	Matutina	10,0	A	100%
Qualidade em Saúde - Trabalho em Equipe	90	Adriana Rosa Barchetti	Especialista	10,0	A	100%



Carga Horária Total: 360,0h

Legenda: A: 3,0 e 2,0 B: 2,0 e 1,0 C: 7,0 e 0,75 D: insuficiente

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA - Reconhecida pelo Conselho Nacional de Educação em 2003 (Resolução nº 01/03 de 11 de maio de 2003, seção 1, pg. 23) e reconhecida pelo Conselho Nacional de Educação em 2007 (Resolução nº 256 de 2007, publicada no D.O.U. nº 119 de 23 de junho de 2007, seção 1, pg. 18).
 O presente Livro de Pós-Graduação Lato Sensu em nível de Especialização, composto pelas disciplinas e normas da Resolução CNE/CP nº 01/2018 publicada no D.O.U. nº 67 de 09/04/2018, seção 1, pg. 43.

(Assinada em 01 de setembro de 2023)



Documento Gerado e Assinado Digitalmente em 09/09/2023 às 15:36:06 (Data e Hora de Brasília)
 Dados do Assinante: SOCIEDADE EDUCACIONAL DE LAPA S.A. - CNE/CP nº 01/2018
 Código de Verificação: 425570615464030318333
 Valido este documento em: https://www.tjpa.jus.br/1235541 para mais informações e detalhes sobre a verificação.

(Assinatura manuscrita)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública

Resoluções: CNEC/ES nº 01, de 08/06/2007; CEPEC nº 742, de 05/07/2005; CEPEC nº 774, de 07/03/2008

Certificamos que Douglas Araújo Falção concluiu o curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, ministrado pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás, durante o período de 01 de setembro de 2010 a 28 de setembro de 2011.

Goiânia, 03 de abril de 2012

Prof. Dr. Divina das Dóres de Paula Cardoso
Pro-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Douglas Araújo Falção
Candidato

Prof. Dr. Regina Maria Brinquel Martins
Candida Co-Ordinadora



AUTENTICAÇÃO
A presente cópia foi emitida e assinada eletronicamente pelo Pro-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás.
Douglas Araújo Falção
Candidato

INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

RECEBIDO DE
DOUGLAS ARAUJO FALÇAO
04/04/2012

CPF: 003801702202837409998
Cadastrado em: 04/03/2012

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TRONCAL e SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS e SERVIÇOS DE SAÚDE
Nome: Douglas Araújo Falcão

CPF: 004.171.091-04 Data de Nascimento: 29/07/1984

Disciplinas	Carga horária (h)		Docente responsável	Nota	Freq. Situação
	Teórica	Prática			
Avaliação da Política de Saúde no Brasil	0	12	Prof. Dr. Fausto Jrade	3,00	Não
Epidemiologia	0	48	Prof. Dr. Carlos Alberto Lemos Viana Prof. Dr. Luiz Carlos de Siqueira Prof. Dr. Roberto Luiz Prof. Dr. Roberto Luiz Prof. Dr. Roberto Luiz	3,00	Não
Estática, Sociologia e os Problemas da Saúde	0	12	Prof. Dr. Roberto Luiz	3,70	85%
Introdução e Desenvolvimento do SUS	0	24	Prof. Dr. Roberto Luiz	0,00	85%
Gestão da Qualidade	0	18	Prof. Dr. Roberto Luiz	2,30	85%
Qualidade de Serviços	0	18	Prof. Dr. Roberto Luiz	0,00	85%
Qualidade de Recursos Humanos em Saúde	0	24	Prof. Dr. Roberto Luiz	0,00	85%
Mecanismos de Financiamento, Regulação e Controle da Saúde	0	36	Prof. Dr. Roberto Luiz	0,00	85%
Atividade e de Investimento em Saúde	0	24	Prof. Dr. Roberto Luiz	0,00	85%
História da Atenção à Saúde e do Sistema de Saúde	0	24	Prof. Dr. Roberto Luiz	0,00	85%
Os Processos de Gestão da Saúde	0	24	Prof. Dr. Roberto Luiz	0,00	85%
Práticas Integradas em Saúde	0	24	Prof. Dr. Roberto Luiz	0,00	85%
Saúde e Trabalho	0	24	Prof. Dr. Roberto Luiz	0,00	85%
Sistemas de Informação em Saúde	0	24	Prof. Dr. Roberto Luiz	0,00	85%

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia do FIC/CE e original do M...
Data de emissão: 24 de setembro de 2021
Selo: 0005218821020507483007
Diretor: Márcio Aquilino Costa

Declaro que foram cumpridas todas as disposições previstas pelas resoluções em vigor.
Carga horária total: 4055 horas. Período 01 de setembro de 2010 a 26 de setembro de 2011.
Fui de matrícula A política de Desenvolvimento e Capacitação da Faculdade de Recursos Humanos com ênfase em Qualificação Gerencial no Hospital Geral de Goiânia - Dr. Abner Pican/SES.
Data de aprovação: 10 de novembro de 2011.
Assinatura: Aprovado
Coordenador: Prof. Dr. Eduardo Maria Pinheiro
Coordenadora: Prof. Dr. Inez Tereza Mota

MEC
Constituição republicana nº 97
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
Data de ingresso: 05/02/2012

Expedida em 03 de abril de 2012

Coordenador: Alexandre em Administração, no ingresso da CEND
VISTO: Prof. Dr. Valdeir da Rocha Gomes Vilela
Diretora da Comissão de Gestão Acadêmica

Handwritten mark or signature

Table with 10 columns: **Year**, **Month**, **Day**, **Hour**, **Minute**, **Second**, **Millisecond**, **Microsecond**, **Nanosecond**, **Picosecond**. The table contains numerical data for each time unit across various rows.

Labels: **Year**, **Month**, **Day**, **Hour**, **Minute**, **Second**, **Millisecond**, **Microsecond**, **Nanosecond**, **Picosecond**

Text: "The following table shows the number of seconds in each unit of time. The number of seconds in a year is approximately 31,536,000. The number of seconds in a month is approximately 2,629,746. The number of seconds in a day is 86,400. The number of seconds in an hour is 3,600. The number of seconds in a minute is 60. The number of seconds in a millisecond is 0.001. The number of seconds in a microsecond is 0.000001. The number of seconds in a nanosecond is 0.000000001. The number of seconds in a picosecond is 0.000000000001."

QR code and text: "QR code linking to the document content. Text: 'This document is a work of the FAEL (Federal Agency for the Administration of the Electoral Process) and is subject to the terms and conditions of the FAEL website.'"

FAEL



Universidade Pitágoras Unopar

Fundada em Junho Brasileiro e sob o selo Sinal de 2010 - Fundação U.O.U. nº 09 de 06 de Setembro de 2004
Instituída pela Lei nº 22.000/2005 D.O.U. nº 27 de 23/07/2005

Certificado

Esta (Bacharel) da Universidade Pitágoras Unopar, no uso de suas atribuições legais, certifica que

Fiderrone Alcira Mendes

Brasileira(o), natural de Goiânia-GO nascida(o) em 27/03/1972, portadora do RG: 2052700 SSP-GO CPF: 54871300144 concluiu o curso de **MBA em Administração Hospitalar - área de concentração: Ciências Sociais, Negócios e Direito, de Pós-Graduação Lato Sensu, com duração de 400 horas, de acordo com a Resolução N° 1 de 06 de abril de 2018 do CNE/CES - D.O.U. de 06 de abril de 2018.**

Londrina-PR, 16 de Maio de 2019

Fiderrone Alcira Mendes
Assinatura

KEEN
Portador(a) do selo

unopar



CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO

Cartório de Registro Civil do Estado do Paraná - Curitiba - PR
Rua: 11 de Novembro nº 500
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCRIVENTE
RG nº 22.881.227/2021-10040958-1145
e-mail: rferre@tcr-ar.gov.br



CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO

Cartório de Registro Civil do Estado do Paraná - Curitiba - PR
Rua: 11 de Novembro nº 500
DANIEL RODRIGUES DE SOUZA - ESCRIVENTE
RG nº 22.881.227/2021-10040958-1145
e-mail: rferre@tcr-ar.gov.br



RAMOS

2

Município de Ribeirão Preto - SP
 Processo de seleção: 001/2018 a 1000/2018 - Cargo: Agente de TI
 Inscrição: Pólo Unidade Osório Garruti



2017/2

Descrição	Capital	Thomaz	Clá	Fredinho	Conde	Paulista
Atividade	10	10	10	10	10	10
Atividade de ensino	10	10	10	10	10	10
Atividade de pesquisa	10	10	10	10	10	10
Atividade de extensão	10	10	10	10	10	10
Atividade de administração	10	10	10	10	10	10
Atividade de planejamento	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação	10	10	10	10	10	10
Atividade de controle	10	10	10	10	10	10
Atividade de organização	10	10	10	10	10	10
Atividade de execução	10	10	10	10	10	10
Atividade de monitoramento	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de risco	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de desempenho	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de qualidade	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de eficiência	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de eficácia	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de efetividade	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto social	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto econômico	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto ambiental	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto cultural	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto histórico	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto patrimonial	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto paisagístico	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto visual	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto acústico	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto vibratório	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto térmico	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto luminoso	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto eletromagnético	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto radioelétrico	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de interferência eletromagnética	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de compatibilidade eletromagnética	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de segurança	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de saúde	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de bem-estar	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de qualidade de vida	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de sustentabilidade	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de governança	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de transparência	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de accountability	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de integridade	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de ética	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de responsabilidade social	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de responsabilidade ambiental	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de responsabilidade social corporativa	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de responsabilidade cidadã	10	10	10	10	10	10
Atividade de avaliação de impacto de responsabilidade global	10	10	10	10	10	10

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
 AUTENTICAÇÃO

Este documento foi autenticado digitalmente em 09/07/2018 às 14:05:12, pelo usuário DANIEL RODRIGUES DE SOUZA, Escrevente.

Documento nº: 007/2109124010400401044
 https://www.tps.br/brasil/aut

ARTIAGA

Cartório - Rua Manoel de Barros, 100 - Vila Bela do Araguaia - Fone: (67) 3333-1111
 Rua Manoel de Barros, 100 - Vila Bela do Araguaia - Fone: (67) 3333-1111
 Rua Manoel de Barros, 100 - Vila Bela do Araguaia - Fone: (67) 3333-1111

412769 - Fone: (67) 3333-1111
 Rua Manoel de Barros, 100 - Vila Bela do Araguaia - Fone: (67) 3333-1111

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
 AUTENTICAÇÃO

Este documento foi autenticado digitalmente em 09/07/2018 às 14:05:12, pelo usuário ROBERTO FERREIRA RIBEIRO - Escrevente.

Documento nº: 007/2109124010400401044
 https://www.tps.br/brasil/aut

[Handwritten signature]

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a profissional Sara Gardenia Fausto Texeira de Souza, inscrita no CPF sob o nº 673.865.635-15, trabalhou para o Instituto de Gestão e Humanização – IGH inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33 nos seguintes Períodos e Contrato de Gestão:

Contrato de Gestão: 131/2012 SES/GO


- ✓ Período: 10/02/2016 a 02/12/2019
- ✓ Função: Diretora Técnica - Hospital Materno Infantil - HMI
- ✓ Quantidade de Leitos Contratualizados: 207 (duzentos e sete)

Contrato de Gestão: Termo de Transferência de Contrato 001/2013 SES/GO

- ✓ Período: 02/01/2017 a 02/12/2019
- ✓ Função: Diretora Técnica - Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes - HMSL
- ✓ Quantidade de Leitos Contratualizados: 39 (Trinta e nove)

Declaramos, ainda, que a profissional prestou seus serviços com excelente desempenho, cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica, assistencial, gerencial até a presente data.

Goiânia, 06 de outubro de 2021.


Instituto de Gestão e Humanização - IGH
Rita de Cassia Leal de Souza
Diretora Regional Goiás



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a profissional Mara Rúbia Gonçalves de Souza, inscrita no CPF sob o nº 136.046.208-21, trabalhou para o Instituto de Gestão e Humanização – IGH inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33 nos seguintes Períodos e Contrato de Gestão:

Contrato de Gestão 131/2012 SES/GO

- ✓ Período: 15/09/2014 a 06/01/2017
- ✓ Função: Diretora Operacional – Hospital Materno Infantil - HMI
- ✓ Quantidade de Leitos Contratualizados: 217 (duzentos e dezessete)

Contrato de Gestão 096/2016 SES/GO


- ✓ Período: 09/01/2017 a 29/08/2020
- ✓ Função: Diretora Geral – Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia – HUAPA
- ✓ Quantidade de Leitos Contratualizados: 95 (noventa e cinco)

Contrato de Gestão 108/2018 SMS/Contagem

- ✓ Período: 14/09/2020 a 10/06/2021
- ✓ Função: Diretora Geral das UPAs do Município de Contagem
- ✓ Quantidade de Leitos Contratualizados: 417 (quatrocentos e dezessete) – Complexo Hospitalar de Contagem
- ✓ Quantidade de UPAs Contratualizadas: 5 (cinco)

Declaramos, ainda, que a profissional prestou seus serviços com excelente desempenho operacional, cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica, operacional, gerencial até a presente data.

Goiânia, 08 de setembro de 2021.


INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO – IGH
CNPJ 11.858.570/0001-33
JOEL SOBRAL DE ANDRADE
SUPERINTENDENTE





DECLARAÇÃO

DECLARO QUE ANDRÉ LUIS MARQUES PALMEIRA MODESTO, CPF: 71282432168, RG 3702053 SSPGO, MÉDICO, CARDIOLOGISTA, CRMGO 12157, RQE 11020, É DIRETOR CLÍNICO DO HOSPITAL DE NEUROLOGIA SANTA MÔNICA DESDE 2018 ATÉ A PRESENTE DATA. A INSTITUIÇÃO CONTA COM 93 LEITOS, SENDO 10 LEITOS UTI, 55 ENFERMARIA E 28 APARTAMENTOS.

APARECIDA DE GOIÂNIA, 24/08/2021



Assinado de forma digital
por HAIKAL YASPERS
HELOU:98308769772
Dados: 2021.08.24
13:23:18 -03'00'

DR. HAIKAL YASPER HELOU (DIRETOR TÉCNICO)



Fone: (62) 3282-8000 Fax: (62) 3282-7454
Rua EM 01 Qd. Área Lt. 002 s/n - Vila Sul
Aparecida de Goiânia - GO - 74910-520
contato@hsmonica.com.br
www.hsmonica.com.br

 MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO SECRETARIA DE EMPREGO, FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO	
CARTÃO DE TRABALHO E IDENTIFICAÇÃO SOCIAL Nº 124.07514.95-7	
5895097	001-0 GO
<i>Robson Vieira Ramos</i> ASSINATURA DO EMPREGADO	
	
QUALIFICAÇÃO CIVIL BRASILEIRO	
Nome: ROBSON VIEIRA RAMOS Lic. de Insc.: GOIÂNIA - GO Profissão: OLIVEIRA MENDES MOREIRA Mãe: CAMAS VIEIRA Doc. Identific.: RIO SEPTISS SSP GO Endereço: CASADO Endereço de e-mail: robson.vieira@brtur.com.br Nº: 2057100 CNH: 01172455793 CPF: 548.774.591-44 Emissão: 02/04/2003 Validade: 06/07/2014	
Local de emissão: SERVICIO NACIONAL DE EMPREGO Nº do documento: 1993/0005	

CONTRATO DE TRABALHO	
Nº 124.07514.95-7	
GOIÂNIA - GO	
Função: Administrador de Compras	
Data de início: 24 de Setembro de 2010	
Local de trabalho: Rua Campina N. 1925 - Santa Casa de Misericórdia de Goiânia	
Salário: R\$ 15.000,00	
Assinatura do empregado: <i>Robson Vieira Ramos</i>	
Assinatura do empregador: <i>Jesus Daniel de Carvalho</i>	
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA AUTENTICAÇÃO Nº do documento: 1993/0005 Assinatura: ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCRIVENTE Cód. QR: 507731513112du19v491247 https://sede.gov.br/leituraqr	
	

22

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Atendendo as diretrizes da Alta Gestão dessa Organização, cumpre-me apresentar como Médico Radiologista, Rafael Soares Lemos regularmente registrado no CRM-GO sob o nº 12794, com ampla experiência na área.


Acreditando que minhas qualificações médicas e profissionais estão de acordo com as exigências e critérios para ocupação da função, descrevo a seguir meu recente histórico profissional.

Atualmente ocupo o cargo de Diretor Técnico há mais de 4 (quatro) anos na Clínica Matri - Clínica de Diagnóstico por Imagem de Trindade, uma clínica conceituada sendo a mesma uma policlínica, contando hoje com consultórios com várias especialidades médicas, sendo referência em Ortopedia, Radiologia e Imaginologia, dentre várias outras e modalidades de exames como: Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Mamografia, Radiografia, Ultrassonografia, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Mapa e Holter.

Trindade, 29 de setembro de 2021.

Para os devidos fins, atesto ser verdadeira as informações relatadas.

1º OFÍCIO


Patrícia Cássia Cordeiro Mendes
Gestora Administrativa


Pedro José de Santana Júnior
Diretor Administrativo
CRM-GO: 12821



28.690.130/0001-12
CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO
POR IMAGEM DE TRINDADE LTDA
Av. Manoel Monteiro nº 40 Qd. 11 Lt. 02
Trindade - Salvador CEP: 75.388-454
Trindade - GO



ATESTADO CAPACIDADE TÉCNICA

O Instituto Alcance Gestão em Saúde, inscrito no CNPJ: 27.949.878/0001-24; com endereço na AV. T-10, nº 208, Sala 1311, Edifício New Times Square Urban Office, Setor Bueno, Goiânia-GO; vem através do seu Presidente do Conselho de Administração Sr. Valdomiro Amaral Garay Naimayer, CPF: 019.624.671-71, atestar que o Médico Dr. Alexandre Detlef Richter Filho exerceu a função de Superintendente Técnico desta Instituição no período de julho de 2018 a Dezembro de 2019. Neste, o Instituto Alcance administrava unidade de São Miguel do Araguaia, Hospital Municipal Adailton do Amaral com 42 leitos.

Registre-se que a função exercida pelo mesmo foi com qualidade, excelência e bom desempenho, e nada consta a desabonar o profissional.

Goiânia, 24 de Setembro de 2021.

VALDOMIRO AMARAL Assinado eletronicamente
GARAY VALDOMIRO AMARAL GARAY
NAIMAYER 01962467171 CPF: 019.624.671-71
CPF: 019.624.671-71

Presidente Conselho de Administração

Valdomiro Amaral Garay Naimayer



DECLARAÇÃO

Declaro por meio desta para os devidos fins legais de direito que ADRIANO ALVES DE MENESES, inscrito no CPF sob o nº. 853.837.671-34, residente e domiciliado na avenida Ministro Fernando Costa, nº.1000, Centro, Ceres/GO, CEP 76.300-000, ATUA COMO DIRETOR TECNICO E EXECUTA SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EM ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA, desde o ano de 2011 de maneira satisfatória, no HOSPITAL ORTOPÉDICO DE CERES, Nº de leitos: 19 leitos de enfermarias, 12 leitos de apartamentos, 10 leitos de UTI e 05 SEMI UTI, cumprindo com todas as suas responsabilidades não restando nada que o desabone.

Hospital Ortopédico de Ceres, 21 de setembro de 2021.
01.780.070/0001-55

Hospital Ortopédico de Ceres



[Handwritten signature]

PROPOSTA TÉCNICA

**HOSPITAL
ESTADUAL DE
LUZIÂNIA**

ANEXO I

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

R

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

O setor de Almoarifado e Patrimônio do Hospital Estadual de Luziânia terá como finalidade precípua o recebimento e a conferência de todo o material e bens de pequena monta da unidade, bem como o armazenamento e distribuição interna, em quantidade necessária e qualidade adequada para o melhor atendimento e eficiência nas atividades do Hospital Estadual de Luziânia.

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 Almoarifado e Patrimônio do Hospital Estadual de Luziânia, tem entre suas principais atribuições:

- O planejamento e o controle do estoque de materiais;
- A patrimonialização e controle dos bens do Hospital Estadual de Luziânia;
- 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 de Luziânia;
- 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 de Luziânia;
- 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 DE 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 hospitalar como o Hospital Estadual de Luziânia, 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 freqüência 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 gerem 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 permitam um controle eficiente de estoque, o gestor, garantirá adequadamente e ininterruptamente que ocorra o suprimento de materiais para todos os setores do Hospital Estadual de Luziânia.

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 ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

Este Manual de Procedimentos de Normas de Rotinas e de Procedimentos de Controle - Almoarifado 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 de Luziânia, 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 Almoarifado, do Patrimônio e suas principais atribuições.
- IV – Aborda os benefícios da localização estratégica do Almoarifado e da elaboração de uma estrutura para organização do espaço.
- V – Trata das atividades do Almoarifado, 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 almoarifado 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 de Luziânia, 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 das 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 de Luziânia, 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 Almoxarifado

A elaboração da estrutura organizacional de um almoxarifado 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 ALMOXARIFADO

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, compra 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 Almoxarife.

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 Patrimoniamento do Bem

Quando um material permanente for recebido definitivamente, o Almoarifado deverá encaminhar uma via da nota fiscal à unidade de patrimônio no prazo máximo de 1 dia (útil) para o devido patrimonialamento.

5.1.3.1. Tombamento

Os bens móveis patrimoniais que tenham ingressado no Hospital Estadual de Luziânia 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 de Luziânia (**HEL Nº 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 de Luziânia.

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 farmacêutica”.

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 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 portanto 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 Almoxarifado de Produtos Alimentares e Perecíveis:

O almoxarifado 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 almoxarifado 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 baixas 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 de Luziânia 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 possuir.

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:

- **Ocioso:** quando, embora em perfeitas condições de uso, não estiver sendo aproveitado;
- **Irrecuperável:** 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.
- **Vencido:** 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 de Luziânia, 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 a 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. Nelas são informadas:

Peso	Cor
Dimensão	Resistência
Voltagem	Composição
Volume	Capacidade
Densidade	Outros

Ex: TUBO, aço galvanizado, 4mm

Estas informações são de extrema importância no conjunto de informações para perfeita definição e características do material.

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 Almoxarifados 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 almoxarifado 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 – Almoxarifado e Patrimônio, estabelece regras para a implantação e desempenho do sistema de recebimento e distribuição de bens e materiais no Hospital Estadual de Luziânia.

A implantação de procedimentos de um almoxarifado 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 almoxarifado 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 realizarem cumprimentos legislações que tratam do tema.



Notificação de Irregularidade de Entrega de Mercadoria

Luziânia,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 constatado 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 seguintes 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.



Carimbo de Recebimento e Aceitação

Certifico que foram recebidos os bens/serviços em favor do Hospital Estadual de Luziânia, de acordo com o presente documento fiscal, em perfeitas condições e de acordo com as especificações estabelecidas.

Ordem de Fornecimento:

Data:

.....
Responsável pelo
Almoxarifado
Nome

Instruções de preenchimento:

Ordem de Fornecimento: Informar o número do empenho que se refere a nota fiscal recebida;

Data: Informar a data;

Nome: Informar o nome por extenso do responsável pelo recebimento.

CPF/Matricula: Informar número do CPF/Matricula do servidor.



Carimbo de Mercadoria Sujeita a Conferência

<p>Certifico que os produtos constantes deste documento foram recebidos e os VOLUMES ESTÃO SUJEITOS A CONFERÊNCIA.</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>Assinatura: _____</p>

Instruções de preenchimento:

Data – Informar a data da conferência;

Nome: Nome por extenso do responsável pelo recebimento;

CPF: Informar o CPF pelo responsável pelo recebimento;

Assinatura: Assinatura do responsável pelo recebimento.

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: / / Assinatura:	Recebido por: Nome: CPF/Matricula: Data: / / Assinatura:
--	--



Termo de Baixa de Materiais

TERMO DE BAIXA DE MATERIAS				Nº
SETOR			DATA	
REQUISITANTE				
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				



Relatório Balancete Mensal (inserido no sistema informatizado do Hospital Estadual de Luziânia)

RELATÓRIO BALANCETE POR ITEM						
Data inicial:			Data Final:			
Unidade do						
Almoxarifado:						
Categoria do Produto	Código do Item	Descrição do Item	Saldo (Anterior)	Valor (entrada)	Valor (saída)	Saldo (atual)
TOTAL						
<p>Responsável do Almoxarifado _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p>						



Requisição de Material de Consumo

REQUISICÃO DE MATERIAL DE CONSUMO				Nº
SETOR			DATA	
REQUISITANTE				
MATERIAL			QUANTIDADE	
Nº Sequencial	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	PEDIDA	FORNECIDA
SOLICITADO POR			MATRICULA	
AUTORIZADO		RECEBIDO	ALMOXARIFE	
Data: ____ / ____ / ____		Data: ____ / ____ / ____	Data: ____ / ____ / ____	
ASSINATURA		ASSINATURA	ASSINATURA	

A presente requisição deverá ser preenchida a partir do Catálogo de Materiais disponibilizado pela Seção de Almoxarifado



Ficha de Prateleira

FICHA DE PRATELEIRA					
PRODUTO:					
Nº DOC	PROC/DESTINO	DATA	ENTRADA	SAÍDA	SALDO



Termo de Inventário

TERMO DE INVENTÁRIO: ANO _____					
Almoxarifado: _____					
Endereço: _____		Bairro _____		- Telefone: _____	
Responsável do Almoxarifado: _____			CPF: _____		
Categoria do Produto	Código do Item	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
TOTAL					
Responsável do Almoxarifado _____					





PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO –
HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'V' shape followed by a horizontal line and a diagonal stroke, located in the bottom right corner of the page.

PROPOSTA TÉCNICA

**HOSPITAL
ESTADUAL DE
LUZIÂNIA**

ANEXO II

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

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

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 a 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 a 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 de Luziânia pelo IBGC 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 de Luziânia 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.

- **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.

ROTINAS PARA A EFICIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

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 de Luziânia.

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 do Hospital.

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 de Luziânia;
- 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 Hospitalar. 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 de Luziânia;
- 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 de Luziânia.

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 de Luziânia, se manteve dentro da normalidade, emitindo relatórios por especialidade no hospital, e analisando o histórico dos atendimentos nos meses pretéritos.

Esse setor tem como precipua função o processamento das faturas do Hospital Estadual de Luziânia, realizando o mapeamento dos atendimentos, procedendo com a consolidação de planilhas para posteriormente transmutá-las em receitas em observância a Tabela Unificada SUS.

**EMIÇÃO DE DOCUMENTOS IMPORTANTES PARA A ADMINISTRAÇÃO
FINANCEIRA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA**

EMIÇÃO DE RELATÓRIOS MENSALIS:

As operações econômicas e financeiras do IBGC na gestão do Hospital Estadual de Luziânia, 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 HEL NA GESTÃO DO IBGC

O PAF será estruturado anualmente, observando a legislação pertinente e as especificidades do IBGC 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 Hospitalar.

• 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 HOSPITALARES

A gestão de custos hospitalares é um dos maiores desafios para os gestores de uma unidade hospitalar como o Hospital Estadual de Luziânia. 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 hospitalares 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 do hospital que possam influenciar no custo final.

Uma gestão de custos hospitalares 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 hospitalares

Os conceitos que envolvem a gestão de custos hospitalares, 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 de Luziânia 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 hospitalares, a tecnologia pode ser mais que uma aliada. Um programa de gestão de custos no Hospital Estadual de Luziânia 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 de Luziânia, 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 a ser utilizado no Hospital Estadual de Luziânia estará integrado a outros processos e dados da unidade hospitalar, como o registro de pacientes, tempo de espera, procedimentos realizados, estoque, etc.

PROGRAMA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA E SUAS FUNÇÕES

O programa de gestão de custos hospitalares no Hospital Estadual de Luziânia, 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 de Luziânia, de forma a contribuir com a definição de orçamentos, custo máximo admissível e custo máximo estimado;
- Avaliará os estoques do Hospital Estadual de Luziânia;
- Fracionamento dos custos: os custos referentes a cada centro de custos do Hospital Estadual de Luziânia (administrativo, intermediário e final) poderão ser controlados separadamente.

MÉTODOS DE CUSTEIOS HOSPITALARES 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 nos hospitais:

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 válido 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 Estadual de Luziânia para implantação da Gestão de Custos da unidade.

As etapas de implantação do sistema de custeio por absorção no Hospital Estadual de Luziânia 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 de Luziânia 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 de Luziânia 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.

Consequentemente, 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 hospitalares, 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 DE LUZIÂNIA

O programa de gestão de custos no Hospital Estadual de Luziânia 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 de Luziânia 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 de Luziânia a partir da assinatura do contrato de gestão do IBGC 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 HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

O programa de gestão de custos estará intrinsicamente alinhado aos objetivos do Hospital Estadual de Luziânia, 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 HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

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 de Luziânia.

APURAÇÃO DOS CENTROS CUSTOS NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

Inegavelmente a definição dos centros de custos no Hospital Estadual de Luziânia, 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 E NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

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).

PROPOSTA TÉCNICA

**HOSPITAL
ESTADUAL DE
LUZIÂNIA**

ANEXO III

2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

A handwritten signature in blue ink, located at the bottom right of the page.

PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS

Os projetos assistenciais, sejam ele de saúde e/ou sociais, são um instrumento para a garantia de direitos e fazem parte de um processo educativo, constituído de uma ação planejada e comprometida com a ética, com a saúde, com o desenvolvimento humano/social, com a valorização da vida.

A concepção de projeto assistencial na saúde é fundamental para a compreensão de sua importância social e o compromisso com seu desenvolvimento.

Tendo em vista o complexo processo saúde-doença e sobretudo tendo a dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil, sendo, portanto, essencial o combate às situações sanitárias e socioeconômicas do nosso país, e sobretudo do nosso Estado de Goiás, é fundamental pensar a saúde, de modo a envolver toda a comunidade nessa temática.

É nesse cenário que a implantação de projetos assistenciais, surge como um instrumento capaz de promover a reflexão, sensibilização e conscientização sobre a importância dos cuidados com a saúde e uma melhor qualidade de vida, promovendo acesso à informação e gerando envolvimento junto à população local onde está implantando aquele projeto.

Acreditamos que gestão e operacionalização de uma unidade como o Hospital Estadual de Luziânia deve ser muito mais que contemplar habilidades técnicas, as quais são importantes para a prática profissional em saúde, porém são, se vistas isoladamente, insuficientes para promover modificações substanciais no âmbito da saúde pública.

Não é demais lembrar que dentro os princípios doutrinários elencados para o Sistema Único de Saúde, temos a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, descentralização política administrativa, participação popular, dentre tantos outros.

Nesse sentido a inserção da comunidade local em atividades extra-hospitalares como projetos assistenciais em saúde e/ou sociais, se apresenta que maior que meramente atender ao pactuado entre essa proponente e a Secretaria de Estado de Saúde, se revela de fato, como uma missão a ser cumprida em observância aos princípios do Sistema Único de Saúde.



Tendo em vista essa conjectura, abrangemos na presente proposta técnica de trabalho, alguns projetos que deverão ser implantados pela nossa gestão afim de se obter uma gestão em saúde com atendimento mais humanizado, em observância aos preceitos do SUS, bem como oportunizando o envolvimento não só dos usuários do HEL, bem como de toda a comunidade local.

PROJETOS PROPOSTOS PARA O HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

1. Projeto Socioambiental – Reciclando Juntos

Introdução

A preocupação ambiental vem sendo difundida por todo o planeta, despertando nas pessoas a necessidade de zelar por um ambiente limpo e saudável. Isso reflete também nas atividades econômicas e no impacto que as empresas potencialmente poluidoras têm exercido sobre o meio ambiente. Nesse sentido foram criadas legislações e normativas para respaldar legalmente quanto à essas questões, fazendo surgir, entre outras, a necessidade de gerenciar os resíduos sólidos produzidos nas suas mais diferentes atividades. Não obstante, as organizações geradoras de resíduos de serviço de saúde também têm procurado se adequar às legislações e à exigência da população para o meio ambiente e refletindo também no aspecto econômico. Como é o caso da Reciclagem de resíduos.

Essa necessidade tem se mostrado benéfica a todas as esferas da sustentabilidade. Pois preserva o meio ambiente, fomenta a inclusão social à quem vive da atividade de reciclagem e representa economia de recursos para a empresa. Recursos esses que não se limitam aos naturais (economia de insumos, água, energia etc.), mas também recursos financeiros.

Aspectos gerais da proposta

No município de Luziânia onde está situado o Hospital Estadual de Luziânia não existe um programa de reciclagem efetivo que atenda todo o município. Apenas alguns bairros são beneficiados em projetos menores locais.

Por isso o programa Reciclando Juntos oferece aos colaboradores a possibilidade de contribuir com o meio ambiente através da reciclagem.

Objetivo Geral

O programa Reciclando Juntos terá o objetivo principal de sensibilizar os colaboradores do Hospital Estadual de Luziânia para as necessidades ambientais atuais no que tange a geração de resíduos, incentivando à diminuição de hábitos de consumo, reutilizar os resíduos dentro das possibilidades, encaminhando os resíduos corretamente para reciclagem.

Objetivos Específicos

- Divulgar e sensibilizar colaboradores quanto às necessidades ambientais acerca da reciclagem;
- Capacitar os colaboradores para a correta segregação de resíduos recicláveis;
- Fomentar a educação ambiental para a reutilização de materiais e diminuição de hábitos de consumo;
- Diminuir a quantidade de resíduos destinadas a aterros.

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Preservação do Meio Ambiente;
- Melhoria da qualidade ambiental regional;
- Realizar palestras e ações divulgando resultados alcançados com a ação;

Metodologia

O programa iniciará com palestras sensibilizadora para a necessidade de reciclar a maior parte dos resíduos gerados, salvo obviamente, os resíduos hospitalares, impedidos de serem reaproveitados. Em seguida serão realizadas ações, gincanas, minicursos sobre técnicas de reutilização de resíduos. Ao final será oferecido uma cartilha aos participantes onde estarão contidas as informações necessárias sobre segregação de resíduos recicláveis e não recicláveis.

Caberá ao colaborador, em suas casas, segregar os resíduos e trazer para a unidade. A Unidade receberá esses resíduos, serão contabilizados e agregados a massa gerada internamente para então serem destinados adequadamente as cooperativas de reciclagem local devidamente licenciadas. Essa iniciativa beneficia o meio ambiente e também contribui para disseminação da educação ambiental.

2. Prevenção de ação para o controle da hipertensão arterial sistêmica

Introdução

A hipertensão arterial é um grande problema de saúde pública devido sua alta prevalência e complicações cardiovasculares. Portanto, o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma prioridade a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos.

Aspectos gerais da proposta

Este projeto propõe ações educativas como, palestras na comunidade, campanhas de saúde com busca ativa de novos pacientes e adequação das medicações de pacientes com uso irregular, além de conscientização sobre atividade física e aspectos nutricionais.

Objetivo Geral

1. O programa Prevenção de ação para o controle da hipertensão arterial sistêmica terá o objetivo de conscientizar a população sobre os riscos da automedicação bem como de consumo alimentar inadequado, sedentarismo e orientar sobre hábitos saudáveis para a prevenção de riscos e agravos relacionados a hipertensão.

Objetivos Específicos

- Divulgar e sensibilizar a população sobre riscos de se automedicarem;
- Conscientizar a população sobre os riscos do sedentarismo;
- Conscientizar a população sobre a importância de bons hábitos alimentares;
- Orientações sobre primeiros socorros em caso de quadro de hipertensão exacerbado.

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Minimizar agravamento da saúde de hipertensos na comunidade;
- Melhoria da qualidade vida da população local a partir da realização de aulas ao ar livre de atividade física e campanhas de orientação nutricional;
- Realizar palestras e ações divulgando resultados alcançados com a ação;

Metodologia

O programa iniciará com palestras sensibilizadora para a necessidade dos cuidados com a hipertensão. Em seguida serão realizadas ações como aulas ao ar livre de exercícios físicos, campanha nutricional, campanhas para aferição de pressão e orientações gerais. Ao final será oferecido uma cartilha aos participantes onde estarão contidas as informações necessárias para a prevenção de riscos e agravos relacionados a hipertensão.

3. A TV LUZ-iânia

Introdução

Durante o período de internação ou tempo de permanência na unidade hospitalar, encontrar mecanismos de minimizar a sensação de mal estar gerada pela necessidade de buscar uma unidade de saúde ou estar acompanhando alguém próximo à mesma, se revela fundamental.

Dessa forma a criação e produção da TV LUZ – iânia , com programação de músicas, mensagem de superação e incentivo, além de apresentar de maneira suave os temas relacionados ao cotidiano do Hospital Estadual de Luziânia é um projeto do IBGC na gestão e operacionalização desta unidade.

Aspectos gerais da proposta

Este projeto propõe criação de vídeos que permitam o adequado entretenimento dos pacientes e seus acompanhantes. Além de entrevistas com pessoas queridas na comunidade local com temas interessantes para a unidade em tela. Almeja-se ainda, a reprodução de narrativas de pacientes plenamente curados e reabilitados no Hospital Estadual de Luziânia, de modo a gerar conforto e esperança de dias melhores, frente às histórias de casos vitoriosos (sempre com autorização dos pacientes).

Objetivo Geral

Levar entretenimento e alegria aos pacientes e seus acompanhantes através de programação semanal produzida pelo IBGC voltada para o Hospital Estadual de Luziânia.

Objetivos Especificos

- Divulgar vídeos de casos exitosos de pacientes recuperados (com autorização do paciente);
- Reprodução de entrevistas com pessoas bem quistas na comunidade local;

- Apresentação de mensagens motivacionais;
- Exibição de músicas e clipes para relaxamento.

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Proporcionar sensação de bem estar e conforto aos pacientes e acompanhantes;
- Proporcionar humanização e qualidade no tempo de permanência no Hospital Estadual de Luziânia;

Metodologia

O programa iniciará com a produção dos vídeos, entrevistas, músicas e clipes a serem exibidos na unidade. Para a eficiência na implantação do projeto, deverá buscar-se estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores do Hospital Estadual de Luziânia de modo a permitir a participação e colaboração de todos os colaboradores da unidade. Estimular com as entrevistas, a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização.

4. ACOMPANHAMENTOS DE PACIENTES PÓS-COVID

INTRODUÇÃO

As várias sequelas neurológicas, cardíacas, pulmonares, renais e metabólicas observadas em pessoas diagnosticadas com Covid-19, o que cientistas estão chamando de Covid longa ou síndrome pós-Covid, devem se tornar um desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo.

Isso porque a síndrome caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que podem persistir por mais de três meses após o diagnóstico da Covid-19 leva à necessidade de tratamentos e reabilitação – temporários ou vitalícios.



Uma pesquisa publicada na revista Nature em abril indica que a Covid longa deverá ter um grande impacto no sistema de saúde dos Estados Unidos (EUA) nos próximos anos. O levantamento realizado pela Universidade de Washington, nos EUA, com 87 mil pessoas infectadas pelo novo coronavírus, confirmou que, apesar de ser inicialmente um vírus respiratório, as sequelas do Sars-CoV-2 podem afetar quase todos os sistemas orgânicos do corpo.

Os autores avaliaram 379 diagnósticos de doenças possivelmente relacionadas à Covid-19 nos EUA (veja quadro). Para esses pacientes, foram prescritas 380 classes de medicamentos e realizados 62 tipos de exames laboratoriais. Diante de tal proporção, o coordenador do estudo, Ziyad Al-Aly, escreveu que "não é exagero dizer que as consequências de longo prazo da Covid-19 para a saúde serão a próxima grande crise de saúde dos Estados Unidos"

Região afetada	Sintomas
Sistema respiratório	Tosse persistente, falta de ar e baixos níveis de oxigênio do sangue
Sistema nervoso	Derrame, dores de cabeça, problemas de memória, perda de olfato e paladar
Sistema cardiovascular	Doença coronariana aguda, insuficiência cardíaca e arritmia
Sistema gastrointestinal	Prisão de ventre, diarreia e refluxo ácido
Sistema musculoesquelético	Dores nas articulações e fraqueza muscular
Sistema circulatório	Trombose
Sistema metabólico	Colesterol alto, diabetes e obesidade
Cérebro	Ansiedade, depressão, problemas de sono e abuso de substâncias
Pele	Erupções cutâneas e queda de cabelo
Rins	Insuficiência renal

Fonte: Escola de Medicina da Universidade de Washington

Diante disso, é possível dizer que a crise que estamos vivendo não é somente sanitária, mas afeta diversas dimensões da proteção social brasileira, incluindo o sistema de saúde. **Precisamos reagir a isso, planejar para antecipar o impacto da Covid longa.**

Aspectos gerais da proposta

Sabedores de todos os agravos possíveis pós-covid, essa proponente almeja um acompanhamento à pacientes que concordarem em participar do projeto, visando assim a minimização de eventuais problemas de saúde e a preservação da saúde.

Objetivo Geral

Padronização do atendimento, por intermédio da equipe multidisciplinar que acompanhará os pacientes no projeto, examinando-se fatores que os predisponham à reinternação.

Quando do encontro remoto, paciente-equipe multidisciplinar, serão abordadas, de forma simples e clara, ações quanto ao cuidado e monitoramento de saúde do paciente, de forma a diminuir riscos de descompensação e agravamento de comorbidades, instruindo cada paciente para que seja protagonista no cuidado com sua própria qualidade de vida e saúde.

Objetivos Específicos

- Interações entre o paciente pós-covid e equipe multidisciplinar;
- Proporcionar melhor qualidade da saúde do paciente;
- Evitar descompensação e agravamento de comorbidades;

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Proporcionar sensação de cuidado aos pacientes pós covid;
- Diminuir a reinternação por agravamento de comorbidades pós covid;

Metodologia

O programa iniciará com o questionamento aos pacientes elegíveis para alta nas próximas 24 hs, se desejam participar deste acompanhamento remoto e se dará uma vez por semana durante 90 (noventa dias) em horários previamente estabelecidos entre a equipe multiprofissional e os pacientes.

5. PROJETO HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

Introdução:

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético política: ética porque implicara a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estético porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividade autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS estas congregadas as ações do Hospital Estadual de Luziânia.

O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidades entre ele, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.*

Aspectos Gerais da Proposta:

O IBGC em sua gestão no Hospital Estadual de Luziânia, terá como primórdio a questão da Humanização do Ambiente de Saúde, dessa forma propõe um Programa de Humanização para que seja agregado as diversas ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, usuários e comunidade e ao mesmo tempo criar subsídios à implantação de um programa permanente de Humanização que beneficie os usuários, trabalhadores e comunidade tanto da assistência, quanto do trabalho em saúde.

Atendendo a usuários da infância-juventude, adultos, com a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento.

Melhoria nas condições de trabalho do cuidador e de comunicação e informação tanto nas relações de trabalho quanto aos usuários.

Os serviços de saúde têm alcançado um enorme avanço científico, tecnológico e de conhecimento. Entretanto esta evolução não tem sido acompanhada por um correspondente avanço na qualidade do contato humano.

O planejamento de saúde, na maioria das vezes, subestima e desconsidera as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas a saúde e a doença.

A experiência mostra que uma infinidade de mal-entendidos e dificuldades enfrentadas pelos usuários e trabalhadores no ambiente hospitalar podem ser minimizados, quando se ouve, compreende, acolhe, considera e respeita tanto os usuários, como aqueles que cuidam – atores essenciais para a humanização.

O programa se propõe a articular as iniciativas de humanização, como também incentivar o desenvolvimento de uma nova cultura que fortaleça uma política de respeito e valorização humana.

Humanizar o ambiente de saúde é resgatar e fortalecer o comportamento ético, articular o cuidado técnico-científico, com o cuidado que incorpora a necessidade de acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular.

Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários considerem o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais, assumindo postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento de limites. Humanizar é, portanto, alcançar benefícios mútuos para a saúde dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

As dificuldades encontradas são as mais variadas, em especial com relação à mudança de postura dos pacientes e profissionais nos últimos anos. Se de um lado houve uma maior participação tanto dos usuários quanto dos profissionais na gestão dos serviços, essa ainda é incipiente se considerarmos o todo institucional.

Objetivo Geral

O IBGC tem como objetivo apoiar e estimular as ações humanizadoras no Hospital Estadual de Luziânia, mas a humanização só será realmente possível quando houver um esforço conjunto de toda a comunidade.

Todo ator desta instituição deve ser parte integrante desta proposta, sendo como idealizador de uma nova ação ou projeto, dentro do seu local de trabalho, juntamente com a sua equipe.

Ou ainda, levando sua proposta ou ideia até a gestão, para discussão e viabilização da mesma. A Diretoria semanal está sempre aberta a receber sugestões e críticas para se tentar criar alternativas que melhorem as relações entre os atores institucionais.

Objetivos Específicos

- Agregar e apoiar a continuidade dos diferentes projetos desenvolvidos no Hospital Estadual de Luziânia, possibilitando que temática humanização na saúde esteja presente em cada escopo.
- Possibilitar reflexão e promoção no fortalecimento contínuo desta política.
- Sensibilizar e responsabilizar a todos os atores envolvidos no Hospital Estadual de Luziânia para que desenvolvam projetos e ações que propicie um atendimento de qualidade, respeitando a subjetividade do usuário e os profissionais da saúde.
- Atender aos vários eixos que a Política de Humanização pressupõe como eixos de ação que objetivam a Institucionalização, difusão, desta estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Proporcionar sensação de acolhimento e bem estar;
- Atender aos eixos da Política de Humanização;

Metodologia

Será instituído pelo IBGC permanentemente na gestão e operacionalização do Hospital Estadual de Luziânia a Humanização multidisciplinar que terá como metodologia de trabalho: Levantamento das iniciativas já existentes, promovendo a integração das mesmas e realização de Oficinas e Seminários para traçar o Plano de ação de novas iniciativas.

Buscar-se-á ainda apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento.

6. PROJETO CANTANDO A ESPERANÇA NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA:

Introdução:

Entre os benefícios terapêuticos da utilização da música em ambientes hospitalares estão a melhora do humor, da concentração e do raciocínio lógico; aumento da disposição e consequentemente redução da ansiedade, do estresse e da depressão; promoção do alívio de dores de cabeça; aumento da capacidade respiratória; melhora dos distúrbios de comportamento e auxílio em doenças mentais; influência no controle da pressão arterial; ajuda no suporte das dores crônicas e na tolerância a tratamentos.

Aspectos Gerais da Proposta:

A musicoterapia, dada ao trabalho com a música e suas características de inserção na cultura e no cotidiano dos seres, pode ser uma importante aliada aos programas que pretendem um atendimento mais humano aos que passam por estressantes situações hospitalares.

O IBGC em sua gestão no Hospital Estadual de Luziânia, terá como primórdio a questão da Humanização do Ambiente de Saúde, conforme projeto proposto anteriormente.

Deste modo, dando seguimento a esse projeto de humanização na unidade, a musicoterapia se revela como uma aliada em trazer benefícios terapêuticos da música aos pacientes e colaboradores na unidade.

Objetivo Geral

O IBGC, sabem que pacientes internados geralmente experienciam ansiedade devido a numerosos fatores relacionados a aspectos objetivos e subjetivos decorrentes da internação.

Alguns fatores comumente relatados na literatura incluem os medos da dor, medo das limitações impostas por doença, e pela possibilidade da morte, bem como questões referentes à hospitalização, como por exemplo a não familiaridade com o meio e sentimentos de isolamento e de não ter ajuda.

O uso de canções pode contribuir ao oferecer aos pacientes significados existenciais que os auxiliam para fortalecerem-se e, também, como instrumentos importantes para efetivar mudanças internas que o enfrentamento da doença proporciona.

Nesse sentido o Projeto Cantando a Esperança no Hospital Estadual de Luziânia, mobilizará artistas locais para apresentações musicais na unidade, além de ações com sonorização ambiente pela equipe multidisciplinar da unidade.

Objetivos Especificos

- Possibilitar benefícios terapêuticos aos pacientes a partir da música;
- Contribuir para o alívio do estresse, a melhoria do humor e do ambiente, e a atenção recebida pela presença da música;
- Contribuir para a sensação de bem-estar dos pacientes e colaboradores.

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Proporcionar sensação de acolhimento e bem estar;
- Atender aos eixos da Política de Humanização;

Metodologia

Será instituído pelo IBGC na gestão e operacionalização do Hospital Estadual de Luziânia mobilizará artistas locais para apresentações musicais na unidade, além de ações com

sonorização ambiente pela equipe multidisciplinar da unidade, estabelecendo um dia na semana para as ações deste projeto.

7. PROJETO REGISTROS DE MÃE

Introdução:

Durante a gestação, muitas mulheres têm o sonho de eternizar esse momento em fotografia, registrando as mudanças no corpo, a felicidade em gerar uma vida e o momento do parto. Esse sonho será realidade para as pacientes mães do Hospital Estadual de Luziânia, através do Projeto Registro de Mãe, onde haverá um profissional contratado para registrar alguns momentos do parto e da mamãe com o bebê.

Aspectos Gerais da Proposta:

O IBGC em sua gestão no Hospital Estadual de Luziânia, terá como primórdio a questão da Humanização hospitalar.

Deste modo, dando seguimento a esse projeto de humanização na unidade, o Projeto Registros de Mãe se revela como um aliado em trazer benefícios psicológicos para as mães pacientes da unidade e por conseguinte, toda a família, que poderá reviver através das fotos um momento emocionante.

Objetivo Geral

O IBGC, sabe que muitas mulheres sonham em registrar os momentos do parto, todavia em uma fase em que naturalmente já existem tantos outros gastos, a parturiente acaba não conseguindo eternizar esse momento com fotografia.

Nesse sentido o Projeto Registro de Mãe no Hospital Estadual de Luziânia, permitirá que as pacientes tenham o registro do parto e primeiros momentos com o filho, de certo modo atuando sobre o psicológico das mesmas, favorecendo um puerpério mais feliz.

Objetivos Específicos

- Possibilitar benefícios psicológico às pacientes a partir dos registros;
- Contribuir para a melhoria do humor e da autoestima, haja vista serem fotos profissionais que destacam a beleza da parturiente e do bebê;
- Contribuir para a sensação de bem-estar.

Metas

- Realizar o projeto permanentemente;
- Proporcionar sensação de acolhimento, ajudar na autoestima e bem-estar pós parto;

Metodologia

Será instituído pelo IBGC na gestão e operacionalização do Hospital Estadual de Luziânia através da contratação de fotógrafo profissional, que ficará à disposição da unidade para os momentos de parto. Ademais haverá treinamento de dois profissionais da equipe, com curso de fotografia, de modo que em eventuais férias ou impedimentos, o projeto não fique paralisado.

7. PROJETO VOCÊ É PRECIOSA

Introdução:

Os números de mulheres vítimas de violência doméstica no Brasil são alarmantes. Atualmente de acordo com a ONU, a taxa de feminicídio no Brasil é a 5º maior do mundo.

Em casos de violência doméstica, muitas vezes as mulheres são espancadas, lesionadas, machucadas, física e psicologicamente. O Projeto Você é Preciosa buscará revelar a beleza e devolver a autoestima às mulheres vítimas de violência doméstica que derem entrada no Hospital Estadual de Luziânia.

A equipe multidisciplinar através do Serviço Social e Psicologia criará para paciente antes de sua alta um momento de cuidado estético com maquiagem e cabelo, demonstrando a

preciosidade que é a sua vida, seu valor incalculável e buscando através de um momento de alegria e bem-estar, ajudá-la à enfrentar seu trauma com um pouco de leveza.

Aspectos Gerais da Proposta:

O IBGC em sua gestão no Hospital Estadual de Luziânia, buscará sempre em suas ações o processo de Humanização hospitalar.

Assim, um momento de beleza às vítimas de violência doméstica, proporcionarão às vítimas um momento de bem-estar.

Objetivos Específicos

- Possibilitar benefícios psicológico às pacientes a partir de um momento de cuidado estético;
- Contribuir para a melhoria do humor e da autoestima, haja vista ser um momento dedicado a beleza da paciente;
- Contribuir para a sensação de bem-estar.

Metas

- Realizar o projeto permanentemente;
- Proporcionar sensação de acolhimento, ajudar na autoestima e bem-estar.

Metodologia

Será instituído pelo IBGC na gestão e operacionalização do Hospital Estadual de Luziânia através da capacitação de profissionais da equipe multiprofissional, para cuidados estéticos e de elevação da autoestima da paciente.



PROPOSTA TÉCNICA

**HOSPITAL
ESTADUAL DE
LUZIÂNIA**

ANEXO IV

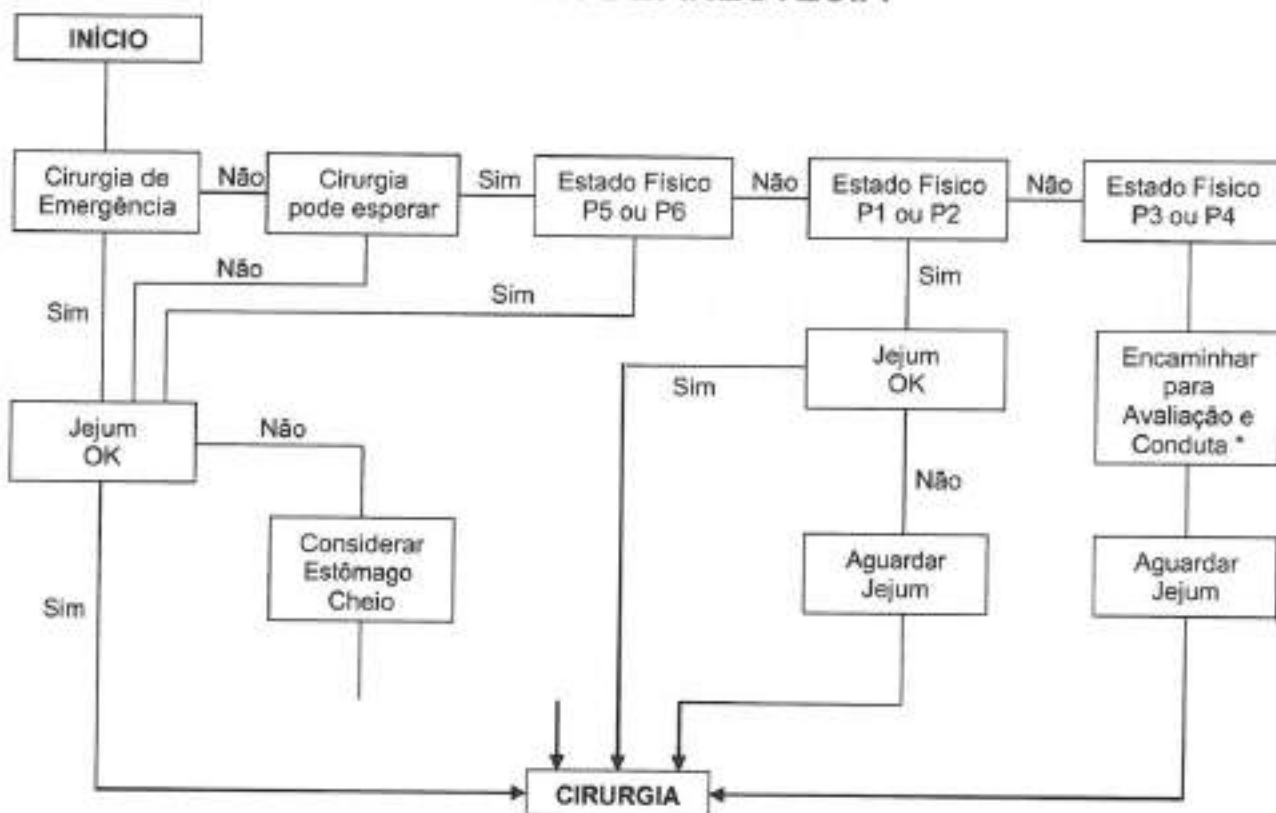
2022



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

A handwritten signature in blue ink, appearing to be a stylized 'R' or similar character, located at the bottom right of the page.

ROTINAS DE ANESTESIA



* ENCAMINHAR À CARDIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA (AUSÊNCIA DE CARDIOLOGIA)

- 1) HAS de difícil controle terapêutico
 - PAS > 180 mmHg
 - PAD > 110 mmHg
 - PAD > 100 mmHg associada a insuficiência
- 2) Infarto prévio do miocárdio
- 3) ICC classe funcional II e III
- 4) Angina
- 5) Cardiopatia congênita
- 6) Valvopatia grave
- 7) Revascularização miocárdica
- 8) Cirurgia cardíaca prévia

** Deverá constar na avaliação resultados de exames **

CONDUTA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL

- PAS > 180 mmHg
- PAD > 110 mmHg

Não administrar Nefedipina sublingual ou similar

Não administrar captopril ou outro inibidor do Sistema Renina Angiotensina

Não administrar diurético

Não promover queda brusca da pressão arterial (> 30% da basal)

Se necessário controlar a pressão arterial com Beta Bloqueador ou Alfa 2 Agonista (Clonidina ou dexmedetomidina)

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO

CLASSE	DESCRIÇÃO
P1	Paciente normal sem doença
P2	Paciente com doença sistêmica leve
P3	Paciente com doença sistêmica grave
P4	Paciente com doença sistêmica que representa ameaça constante à vida
P5	Paciente moribundo, sem expectativa de vida a menos que seja operado
P6	Paciente com morte cerebral, onde os órgãos serão removidos para doação
E	Sufixo colocado após a classificação para designar emergência

DEFINIÇÃO DO TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

IDADE	SÓLIDO (refeição leve – torrada e chá)	SÓLIDO (refeição completa – gorduras, carnes)	LEITE NÃO HUMANO	LEITE MATERNO	LÍQUIDO CLARO
RN					
< 6 meses			6 horas	4 horas	2 horas
6 - 36 meses	6 horas	8 horas	6 horas	4 horas	2 horas
> 36 meses	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas
Adulto	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas

Líquido claro: água, suco de fruta sem polpa, chá claro, bebidas isotônicas, bebidas carbonatadas (refrigerantes).

ESTÔMAGO CHEIO



Nos pacientes de risco, introduzir profilaxia medicamentosa (gastrocinéticos como a metoclopramida, antiácidos não particulados como o citrato de sódio e antagonistas do receptor H2 como ranitidina) e associar indução sequencial rápida. Quando o paciente já estiver em uso de sonda nasogástrica esta deve ser aspirada e não deve ser removida.

* Pacientes de risco estômago cheio: falta de jejum, refluxo gastroesofágico, acalasia, neuropatia autonômica diabética, divertículo de Zencker, estenose CA de esôfago, diminuição do tônus do EEI, TCE, isquemia cerebral, distúrbios neuromusculares, distrofias musculares, dor, estenose intestinal, ascites de grande volume, gestação, uremia, hipo e acloridria gástrica.

DIABETES MELLITUS

- Hipoglicemiante oral de longa duração suspender com antecedência se possível.
- Hipoglicemiante oral de curta duração suspender no dia
- Avaliação da glicemia deve ser feita no dia da cirurgia
- Glicemia entre 150 e 200 mg % evitar insulina pelo risco de hipoglicemia
- Glicemia até 250 mg/dL não contra indica cirurgia
- Insulina deve ser utilizada no controle pré-operatório (ver esquema a seguir)
- Evitar estresse e situações que desencadeiam reações catabólicas e hiperglicemia, sempre que possível prescrever medicação pré-anestésica, planejar analgesia pós-operatória.

Obs.: Paciente diabético pode ter uma maior dificuldade para intubação traqueal

Cuidados Específicos

Em caso de pacientes compensados com dieta:

- Realizar glicemia capilar de 6/6 horas até o retorno da alimentação
- Evitar infusões de grandes volumes de soluções com glicose

Em caso de pacientes compensados com hipoglicemiante oral:

- Suspender hipoglicemimante
- Manter dextro de 6/6 horas na véspera, no intra o pós-operatório até a suspensão do jejum e o retorno do hipoglicemiante oral

Em caso de paciente compensado com insulina:

Em uso de insulina ultralenta a mesma deverá ser suspensa 3 dias antes da cirurgia e substituí-la por insulina NPH e regular, se possível.

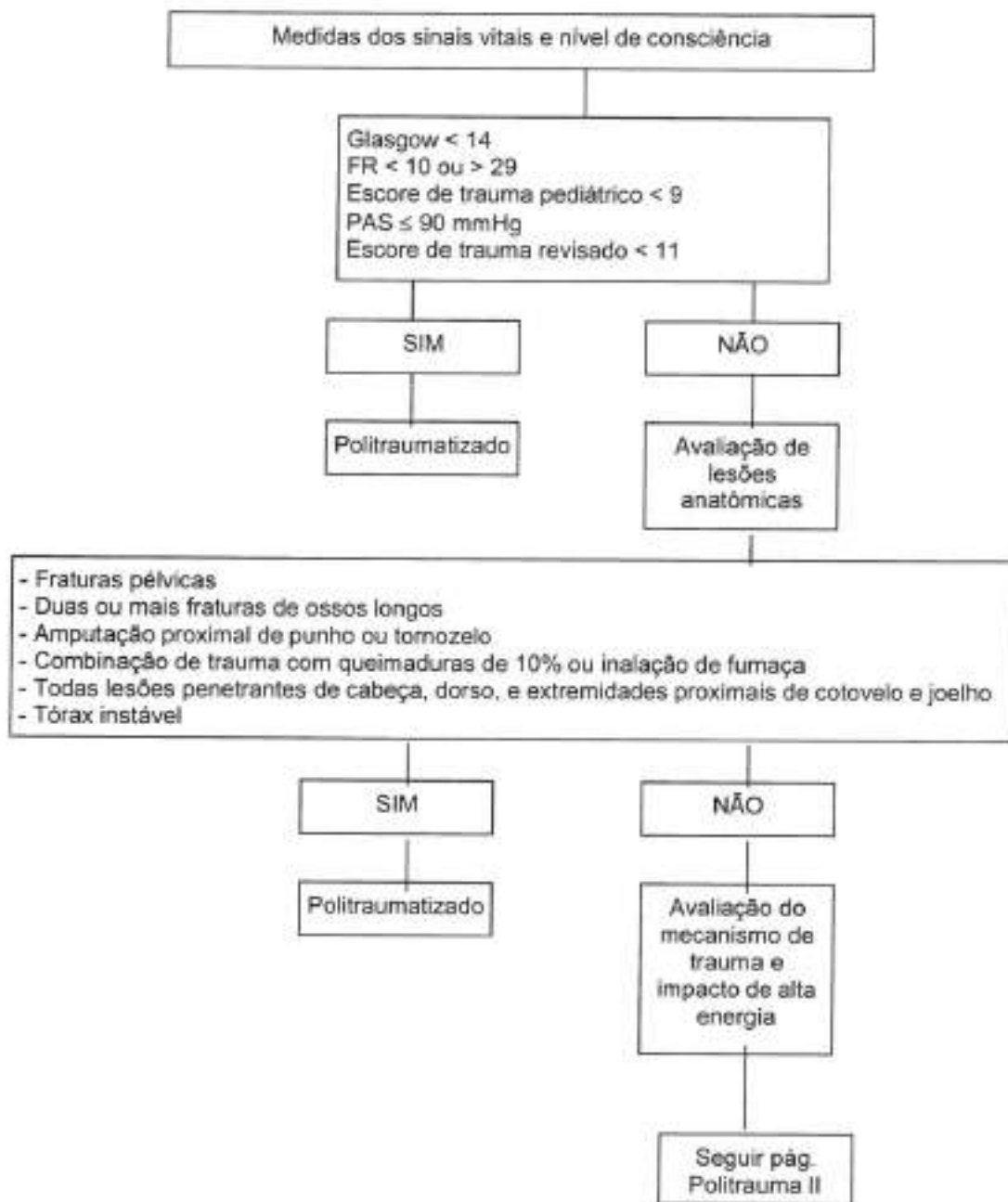
Manter dextro de 6/6 horas e insulina se necessário, além da infusão de solução glicosada a 5%, durante o período de jejum.

Nos pacientes com insulina NPH, administrar 1/3 da dose habitual na manhã da cirurgia e manter com solução glicosada a 5%.

MEDICAÇÕES QUE DEVEM SER SUSPENSAS ANTES DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO QUANDO POSSÍVEL

DROGA	TEMPO PREVIO DE SUSPENSÃO
Antidepressivo tricíclico – ADT (quando utilizando forma aguda menos de 4 semanas e ou utilizado doses elevadas)	15 a 21 dias
Inibidores da MAO (quando clinicamente viável)	15 dias
Hipoglicemiante oral	8 a 12 horas
Hipoglicemiante oral de longa duração	24 a 72 horas
Inibidores do apetite	15 dias
AAS	7 dias
ticlopidina	10 dias
clopidogrel	7 dias
Inibidores da GP IIb/IIIa	Bloqueio neuraxial não recomendado, monitorizar função plaquetária se punção for necessária
Heparina não-fracionada	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 1h antes ou 2-4h depois da dose de heparina
Heparina de baixo peso molecular	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 10-20h após baixas doses ou 24h após altas doses e reiniciar a terapia 2-4h depois do bloqueio.
Anticoagulantes orais	Monitorizar INR, se $\leq 1,4$ pode ser realizado bloqueio neuraxial; para cirurgias eletivas suspensão 1 a 3 dias antes e observar TP = 20% do valor normal e retornar com tratamento 1 a 7 dias após cirurgia.

POLITRAUMATIZADO – I (IDENTIFICAÇÃO)



São politraumatizados os pacientes com um ou mais traumas significativos de cabeça, tórax, abdome, trato urinário, pelve ou coluna e extremidades.

FR = Frequência Respiratória
PAS = Pressão Sistólica

POLITRAUMATIZADO II (IDENTIFICAÇÃO)

<ul style="list-style-type: none">- Ejeção do automóvel- Morte no mesmo compartimento do passageiro- Atropelamento- Impacto de alta velocidade- Velocidade inicial > 64 Km/h- Mudança de velocidade > 32 Km/h- Maior deformidade > 50 cm- Intrusão no compartimento do passageiro > 30cm	<ul style="list-style-type: none">- Tempo resgate > 20min- Queda > 20 pés (± 6 metros)- Capotagem- Lesão do pedestre com impacto significativo > 8Km/h- Impacto de motocicleta > 32Km/h com separação da roda do guidão
---	---

SIM

Politraumatizados

NÃO

Avaliação dos Fatores de Risco

<ul style="list-style-type: none">- Idade < 5 ou > 55 anos- Presença de doença cardíaca, respiratória ou uso de medicações psiquiátricas- Diabéticos em uso de insulina, cirrose, malignidade, obesidade ou coagulopatia
--

SIM

Politraumatizado

NÃO

Reavaliação com controle médico

QUANDO EM DÚVIDA, CONSIDERE TODO O ACIDENTADO UM POLITRAUMATIZADO

ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- β HCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

ESCORE DE TRAUMA ADULTO

VARIÁVEIS	ESCORE	
Frequência Respiratória	10 a 24	4
	25 a 35	3
	> 36	2
	1 a 9	1
	0	0
Pressão Sistólica mm Hg	> 89	4
	70 a 89	3
	50 a 69	2
	1 a 49	1
	0	0
Escala de Coma Glasgow	13 a 15	4
	09 a 12	3
	06 a 08	2
	04 a 05	1
	< 04	0

PACIENTE POLITRAUMATIZADO ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO

AVALIAÇÃO	ESCORE		
	+2	+1	-1
PESO	>20kg	10 a 20Kg	< 10Kg
Vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão arterial	> 90mmHg	50 a 90mmHg	< 50mmHg
Nível de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
Lesões abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou penetrantes
Fraturas	Nenhuma	Menor	Múltiplas ou penetrantes

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIABLES		SCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

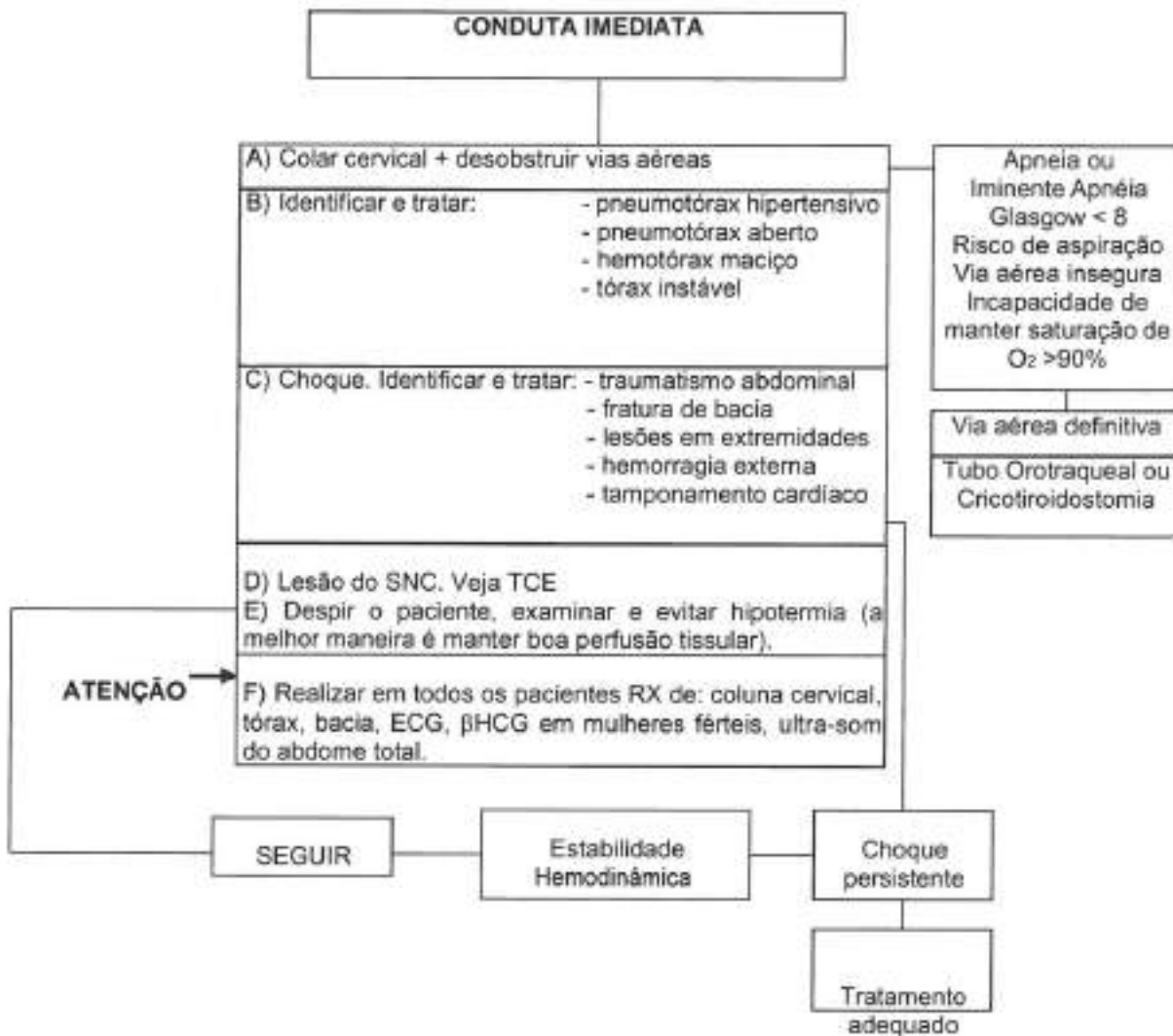
ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- βHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

POLITRAUMATISMO

CONDUTA IMEDIATA



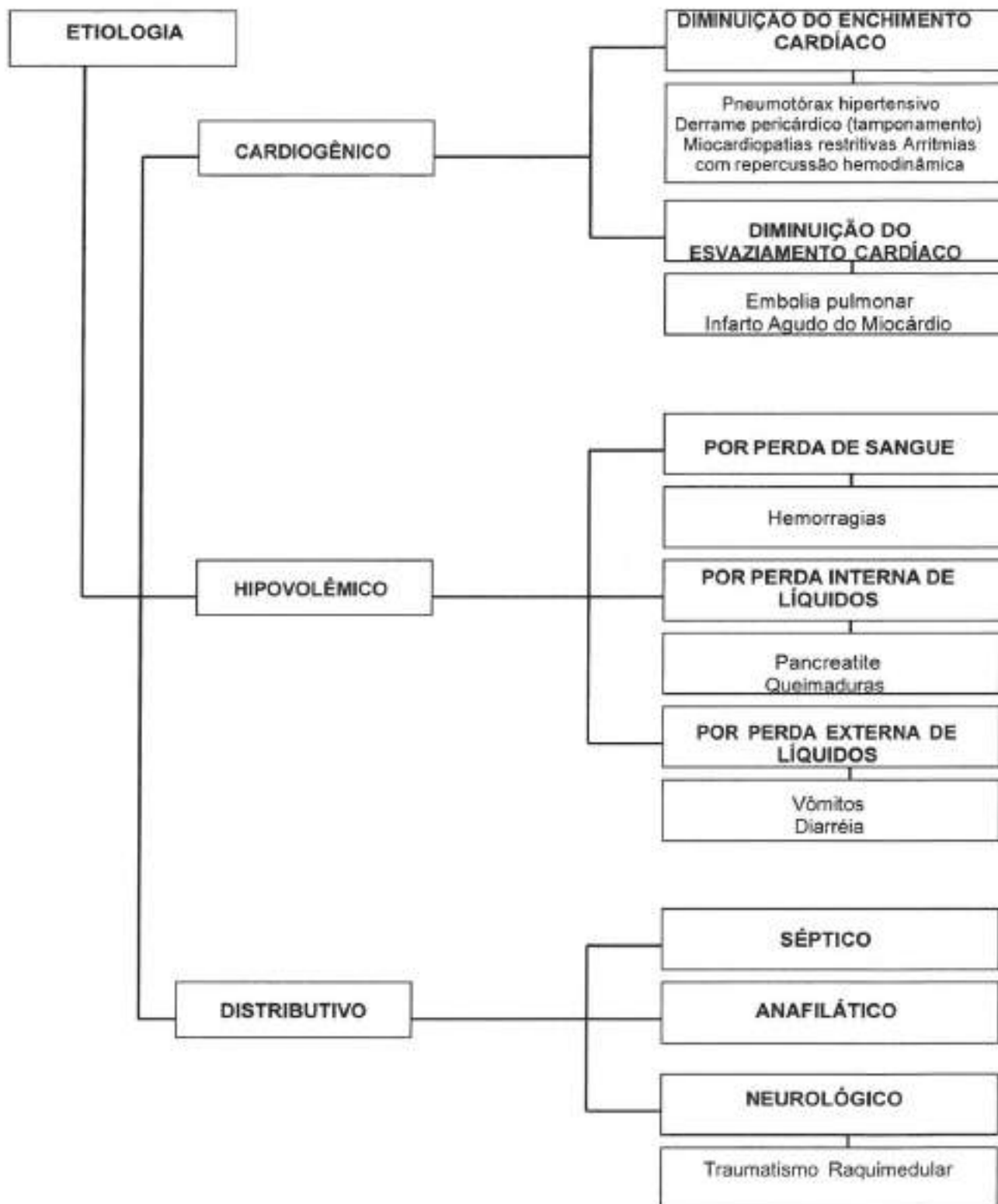
ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

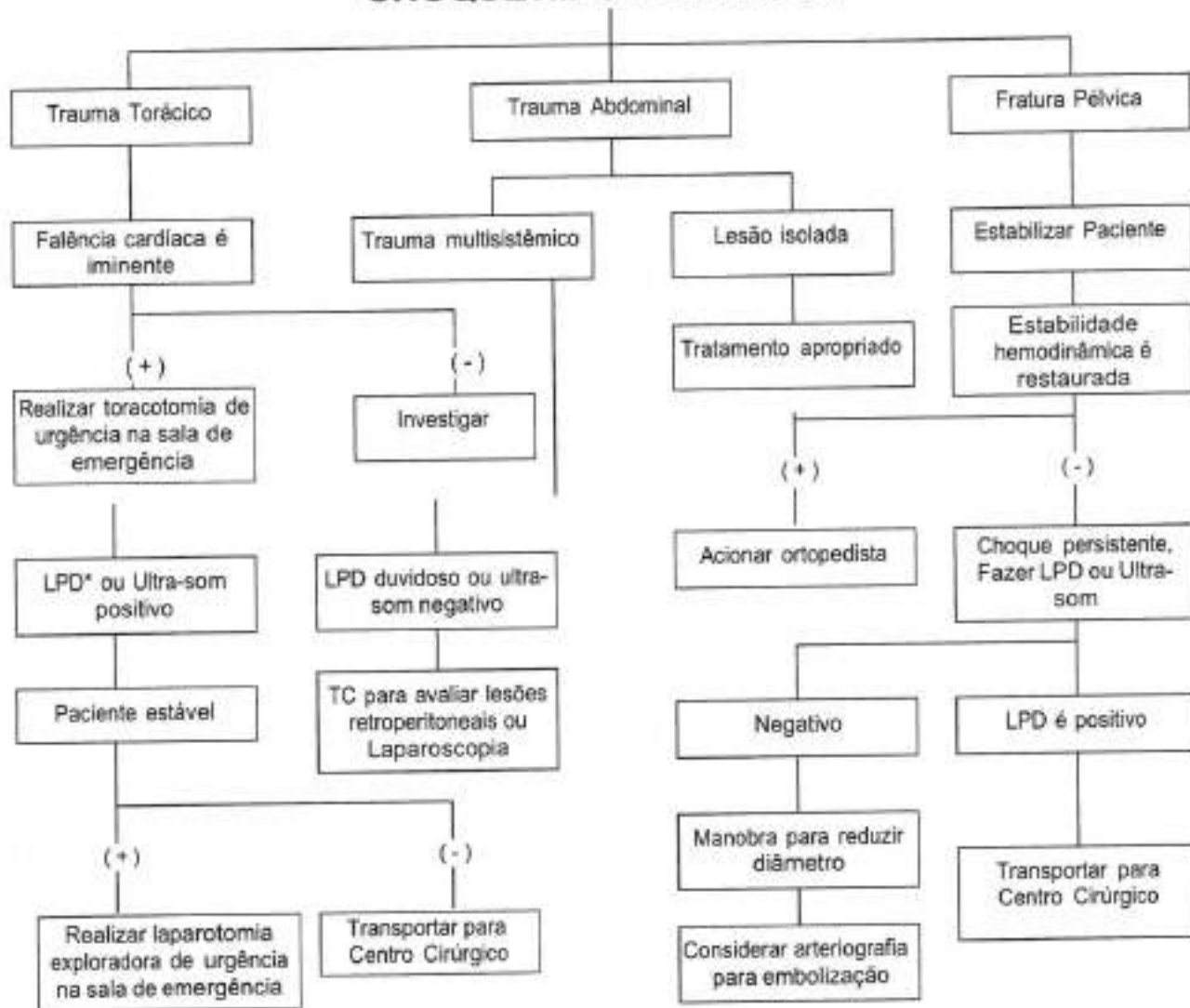
- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- β HCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

CHOQUE

DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO
EM DECORRÊNCIA DE MÁ PERFUSÃO PERIFÉRICA



CHOQUE HIPOVOLÊMICO



(-) Não
(+) Sim

TRATAMENTO

Dois cateteres (jelco 14 ou 16) em veias periféricas calibrosas
 Cristalóides - Adulto - 3.000ml da solução cristalóide (correr aberto),
 Se necessário infundir mais 3.000ml.
 Crianças - 20 a 40ml/Kg da solução cristalóide
 Não melhorou, usar sangue

*LPD - Lavagem Peritoneal Diagnóstica

CHOQUE HIPOVOLÊMICO II

ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUIDOS OU SANGUE BASEADA NA APRESENTAÇÃO INICIAL DO PACIENTE ADULTO

	I	II	III	IV
Perda de sangue (ml)	< 750	750 a 1.500	1.500 a 2.000	> 2.000
Perda de sangue(%)	< 15%	15 a 30%	30 a 40%	> 40%
Frequência de pulso	< 100	> 100	>120	>140
Pressão sanguínea	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Frequência respiratória	14 a 20	20 a 30	30 a 40	> 35
Pressão de pulso	Normal ou aumentada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Débito urinário (ml/h)	> 30	20 a 30	05 a 15	Nenhum
SNC	Ligeiramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso e confuso	Confuso e letárgico
Reposição de fluidos (Regra 3:1)	Cristalóide	Cristalóide	Cristalóide e sangue	Cristalóide e sangue

- Regra 3:1 - reposição de 300ml de solução eletrolítica para cada 100ml de perda sanguínea.

CHOQUE HIPOVOLÊMICO

REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO

ADULTO:

- 1- Ringer Lactato 3.000ml endovenoso em 5 a 10min.
- 2 - Repetir se o paciente não melhorar (até 2x).
- 3 -Iniciar transfusão de sangue se o doente não melhorar após a segunda infusão (somente no caso de hemorragia).

CRIANÇA:

- 1 - 20ml/Kg (peso). Inicial.
- 2 - Repetir item 1 (até 2x)
- 3 - Transfusão 10 ml/Kg peso (somente no caso de hemorragia)

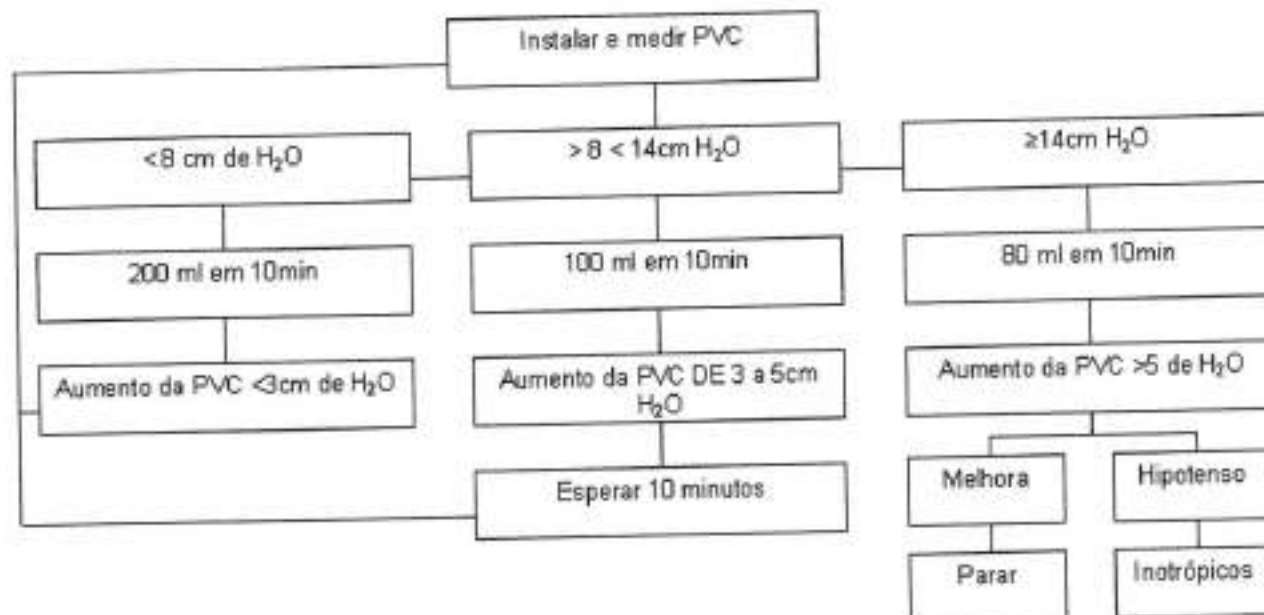
Continuar a expansão rápida de líquidos com cristalóide e/ou colóides até atingir os índices abaixo.

Paciente estabilizado deve ter os seguintes parâmetros:

Pulso radial	Menor que 100 batimentos por minuto
Pressão arterial	Normal
Débito urinário	Maior que 50 ml por hora
Oximetria	Saturação de O ₂ maior que 95%

REPOSIÇÃO DE VOLUME NO PACIENTE CARDIOPATA

PRESSÃO COLOIDSMÓTICA DEVE ESTAR NORMAL



ATENÇÃO:

OBSERVAR:

- 1 - Dois (2) acessos venosos periféricos com Jelco 14.
- 2 - Pacientes com hipoalbuminemia necessitam albumina humana associada ao cristalóide, desde o início.
- 3 - Pacientes cardiopatas podem necessitar de cardiotônicos.
- 4 - Monitorização da PVC: queimados, sépticos, neurológicos, cardiopatas.
- 5 - Pacientes diabéticos ou com insuficiência hepática não devem fazer uso de Ringer Lactato.

CHOQUE HIPOVOLÊMICO EM CRIANÇAS

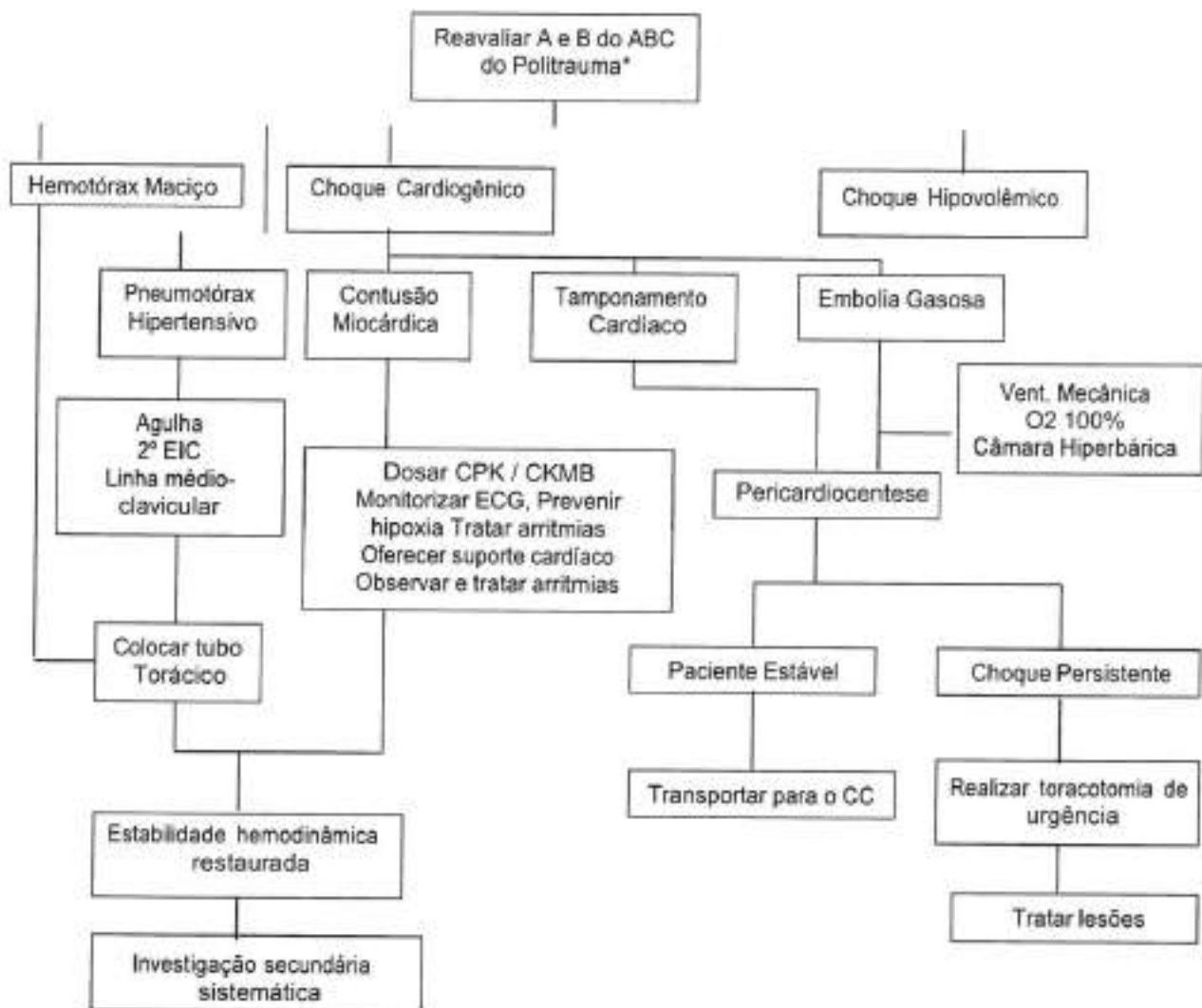
RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

	PERDA DE VOLUME SANGUÍNEO		
	< 25%	25 a 45%	> 45%
Cardíaco	Pulso fraco, aumento da FC	Aumento da FC	Hipotensão Taquicardia para bradicardia
SNC	Letárgico, irritável, confuso	Mudança de nível de consciência, resposta à dor	Comatoso
Pele	Fria, pegajosa	Cianótica, enchimento capilar diminuído, extremidades frias	Pálida e fria
Rins	Débito urinário diminuído, aumento de densidade	Débito urinário mínimo	Sem débito urinário

SINAIS VITAIS NORMAIS EM CRIANÇAS

	Frequência máxima de pulso (bat/min)	Límite inferior da PA sistólica (mmHG)	Frequência máxima respiratória (inc./min)
Infantes	160	80	40
Pré-escolares	120	90	30
Adolescentes	100	100	20

CHOQUE PERSISTENTE



*Abertura das vias aéreas com controle e estabilização da coluna cervical;
Boa ventilação e respiração que assegurem uma troca gasosa e perfusão adequadas;
Controle da circulação através do controle de hemorragias, e se necessário, infusão de soluções;
Déficit neurológico deve ser pesquisado através de exame sumário apenas para confirmarmos e associá-los a outros sinais clínicos;
Exposição completa do paciente, retirando suas vestes, porém prevenindo-se a hipotermia.

* Intubar, hiperventilar se Glasgow cair após intubação mantendo PaCO₂ entre 25 e 35.

• LOC – Perda de consciência
• HVT – Hiperventilação

RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA GRUPO DE RISCO

BAIXO	MODERADO	ALTO
Assintomático	Mudança de consciência	Consciência deprimida
Cefaléia	Cefaléia progressiva	Sinal focal
Tontura	Intoxicação por álcool ou outras drogas	Fratura com afundamento
Consciência deprimida	Idade < 2 anos	
Laceração de couro cabeludo	Convulsão	
Contusão de couro cabeludo	Vômito	
Ausência de critério moderado a alto risco	Amnésia	
	Trauma múltiplo	
	Lesão facial séria	
	Sinais de fratura basilar	
	Possível penetração cerebral	
	Possível fratura com afundamento	
	Suspeita de agressão infantil	

TCE: LEVE, MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA

ATENDIMENTO INICIAL

O atendimento inicial deve seguir as recomendações preconizadas pelo Pediatric Advanced Life Support (PALS) e pelo Advanced Trauma Life Support (ATLS).

A escala de coma de Glasgow (ECGL 1 e 2) permite classificar os pacientes e, a partir dessa definição, determina-se a conduta adequada:

- Trauma craniano leve: ECGL – 15 a 14;
- Trauma craniano moderado: ECGL – 13 a 9;
- Trauma craniano grave: ECGL – 8 a 3.

Controle da hipertensão intracraniana na admissão

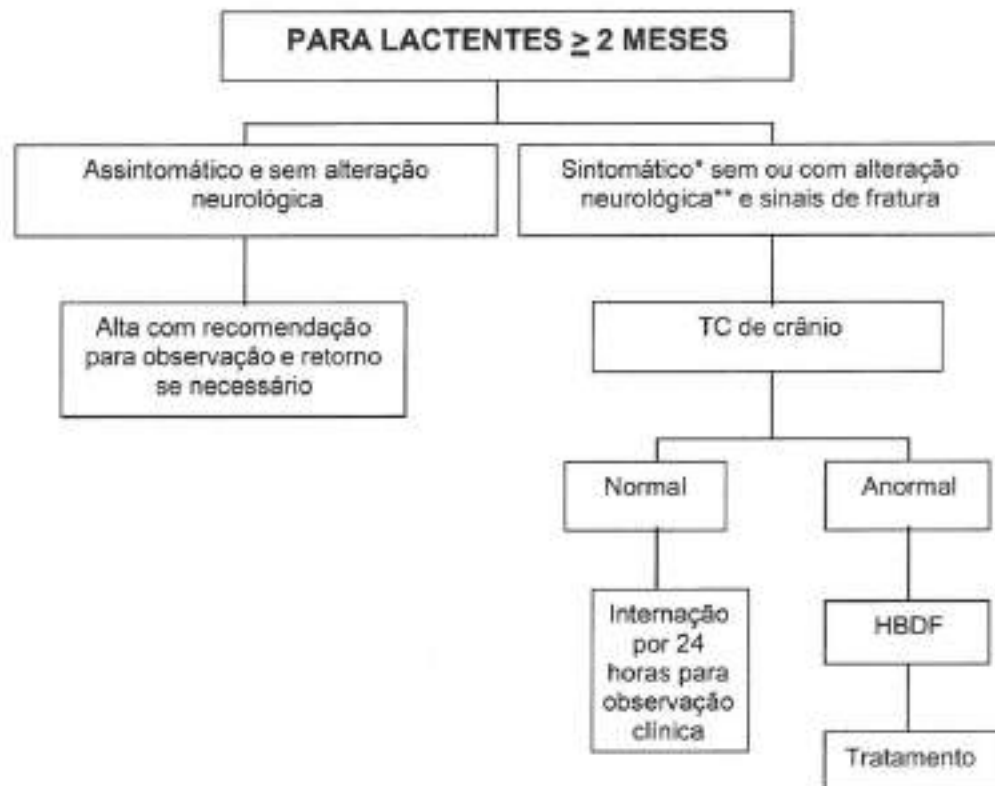
1. PALS / ATLS.
2. Manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória.
3. Manter a cabeça e a coluna cervical em posição neutra.

4. Decúbito elevado a 30°, se não houver instabilidade hemodinâmica.
5. Sedação (tiopental 3 a 5 mg/kg) e eventual curarização (atracúrio 0,3 a 0,5 mg/kg).
6. Manitol a 20% - 0,25 g/kg em bolo.
7. Se normovolêmico, restrição de líquidos 60 a 70% da manutenção normal e administração de furosemida (Lasix®) 1 mg/kg EV.
8. Fenitoína – ataque de 15 a 20 mg/kg e manutenção de 5 mg/kg/dia, profilaxia das convulsões.
9. Tratamento das lesões associadas.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA CRIANÇAS		
Resposta	Forma	Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ordem verbal	3
	Estimulo doloroso	2
	Não abre	1
Melhor resposta verbal	Balucio	5
	Choro irritado	4
	Choro à dor	3
	Gemido à dor	2
	Não responde	1
Melhor resposta motora	Movimento espontâneo e normal	6
	Reage ao toque	5
	Reage à dor	4
	Flexão anormal-decorticação	3
	Extensão anormal-descerebração	2
	Nenhuma	1
	Total	15

<p>Fatores preditivos de lesão intracraniana (LIC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de trauma; • Idade inferior a 2 anos com hematoma de couro cabeludo; • Fontanela tensa e abaulada; • Amnésia prolongada; • Perda da consciência maior que 5 minutos; • Déficits neurológicos; • Vômitos incoercíveis; • Cefaléia intensa ou moderada; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fratura craniana e fratura de base do crânio(sinal de Battle; equimose da região mastóide; "olhos de guaxinim"; equimose periorbitária); • Rinorréia, otorréia e hemotímpano; • Alteração do diâmetro pupilar; • Suspeita de maus-tratos. <p>Observação Pode ocorrer uma lesão intracraniana em 3 a 7% dos pacientes pediátricos sintomáticos com TCE neurologicamente normais.</p>
--	---

TCE LEVE (GLASGOW 15-14)



* Sintomático: perda da consciência, vômitos, cefaléia, sonolência, irritabilidade e/ou amnésia.

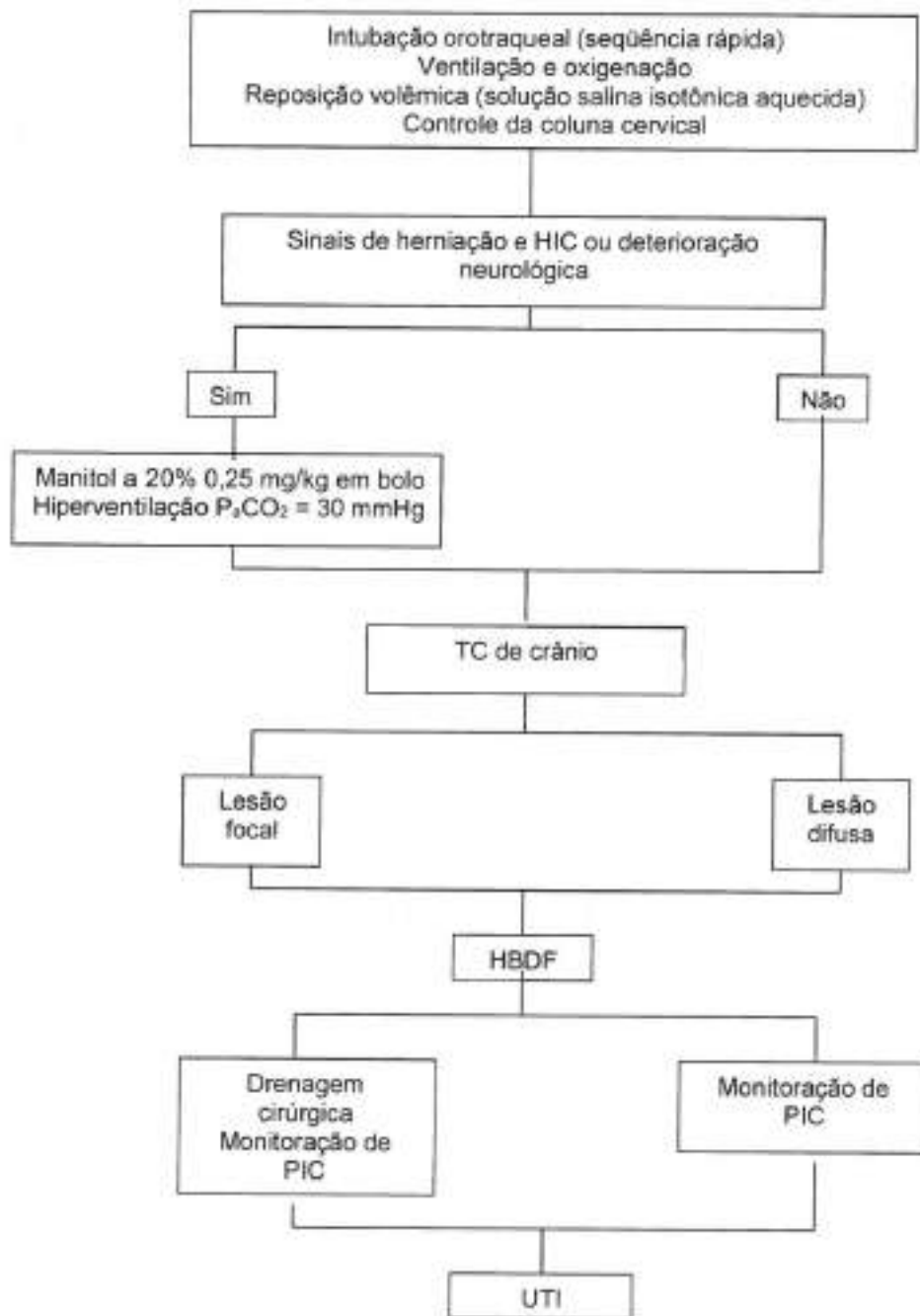
** Sem alteração neurológica: inclui estado mental alerta e sem déficits focais.

TCE MODERADO (GLASGOW 13-9)

TCE MODERADO – ECG = 13 A 9

- Atendimento inicial: ABC – PALS/ATLS (no hospital do primeiro atendimento);
- Internação e tomografia de crânio para todos os casos – HBDF;
- Deteriorização clínica, considerar TCE grave – HBDF.

TRAUMA DE CRÂNIO GRAVE ECGL 8 A 3



[Handwritten signature]

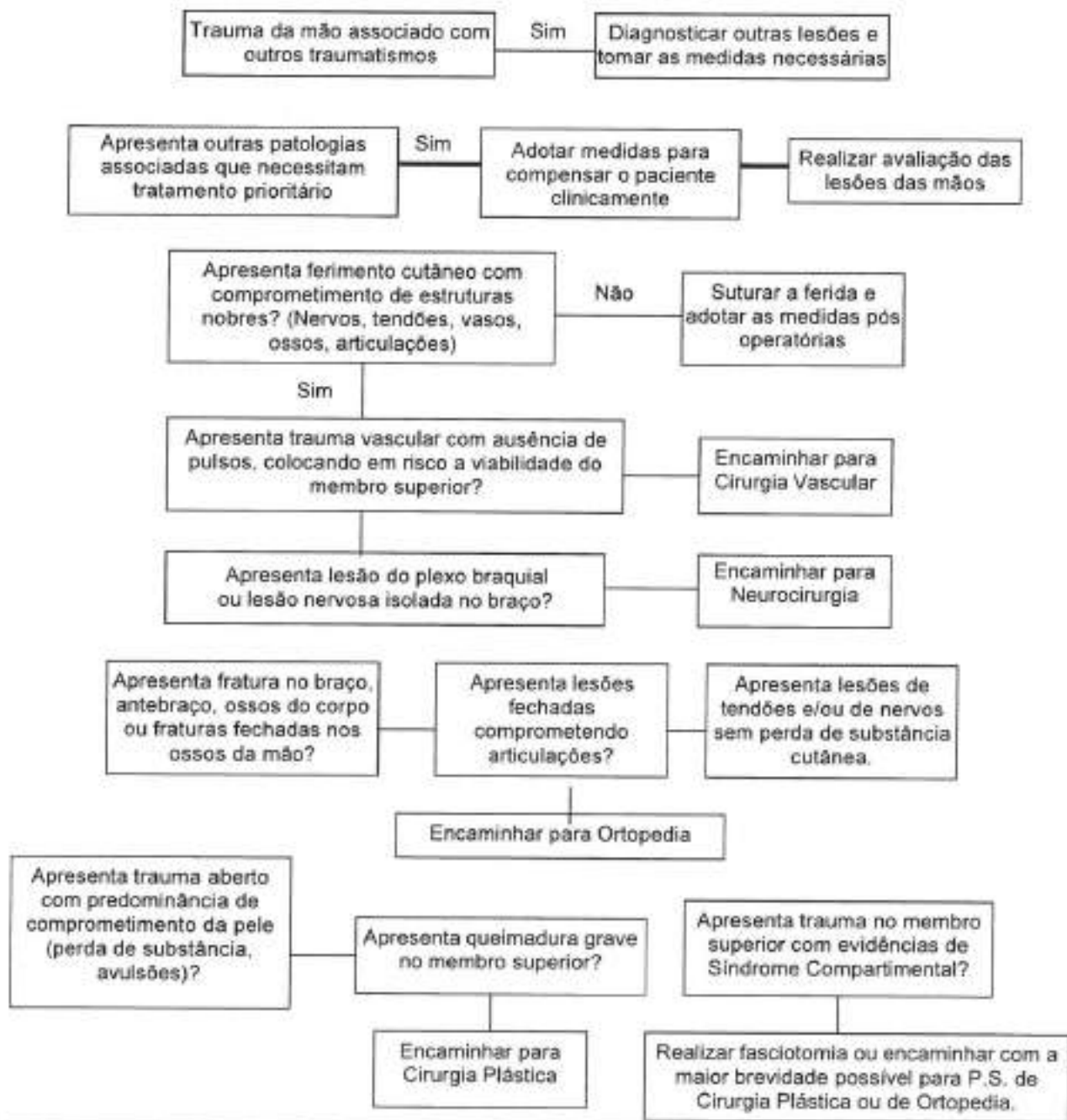
RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE

As incidências mais comumente empregadas para o diagnóstico das fraturas de face são:

- Occipitomentoniana de Waters – mostra o esqueleto facial de forma geral (órbitas, zigomas, maxilas, seios maxilares e processos frontais da maxila).
- Fronto naso de Caldwell – ideal para seio frontal, células etmoidais, reborda orbitária, sutura zigomática- frontal e ramos da mandíbula
- Perfil – estudo da parede anterior do seio frontal, paredes laterais da órbita, perfil de ossos próprios do nariz, maxila e mandíbula.
- Obliqua lateral da mandíbula (Bellot) – visualização lateral da mandíbula, principalmente corpo e ângulos.
- Towne modificada – para colo condílico
- Axial de Hirtz – para arco zigomático.

Poderão ser utilizadas ainda as tomografias lineares, computadorizadas e em 3 dimensões.

TRAUMATISMO DE MÃO

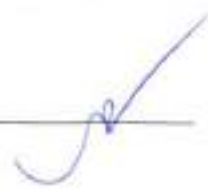


PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR

	MOTOR MÚSCULO-CHAVE		SENSITIVO TOQUE LEVE		SENSITIVO AGULHA		EXAME
	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	
C2							Protuberância Occipital
C3							Fossa Supraclavicular
C4							Borda Superior Acromioclavicular
C5							Flexores do Cotovelo
C6							Extensores do Punho
C7							Flexor Profundo 3º Qd
C8							Dedo mínimo
T1							Borda Medial Fossa Antecubital
T2							Apice da Axila
T3							Terceiro Espaço Intercostal
T4							Quarto Espaço Intercostal
T5							Quinto Espaço Intercostal
T6							Sexto Espaço Intercostal
T7							Sétimo Espaço Intercostal
T8							Oitavo Espaço Intercostal
T9							Nono Espaço Intercostal
T10							Décimo Espaço Intercostal
T11							Décimo Primeiro Espaço Intercostal
T12							Ponto Médio Ligamento Inguinal
L1							½ distância entre T12 e L2
L2							Terço Médio Anterior da Coxa
L3							Côndilo Femoral Medial
L4							Maléolo Medial
L5							Dorso do pé - 3ª art. Metatarsofalangeana
S1							Bordo Externo do Calcâneo
S2							Linha Média da Fossa Poplítea
S3							Tuberosidade Isquiática
S45							Área Perianal
TOTAL							

	(Máximo) (50)	(50)	(56) (56)	(56) (56)	(56) (56)
Índice Motor			Índice Sensitivo com Agulha		Índice Sensitivo com Toque
(Máximo)	(100)			(112)	(112)
Contração voluntária anal (sim/não) <input type="checkbox"/>			Qualquer sensibilidade anal (sim/não) <input type="checkbox"/>		

MOTOR	SENSIBILIDADE
0 - Paralisia total	0 - Ausente
1 - Contração visível ou palpável	1 - Comprometido
2 - Movimento ativo sem oposição da força da gravidade	2 - Normal
3 - Movimento ativo contra a força da gravidade	NT - Não testável
4 - Movimento ativo contra alguma resistência	
5 - Movimento ativo contra grande resistência	
NT - Não testável	



ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORES NÍVEIS

ESCALA DE DEFICIÊNCIA AIS

NÍVEL: _____

A – Completa

Não há função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacros S4-S5

B – Incompleta

Há função sensitiva porém não motora preservada abaixo do nível neurológico estendendo-se até os segmentos sacros S4-S5

C – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos chave abaixo do nível neurológico tem um grau muscular inferior a 3

D – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e pelo menos a metade dos músculos chaves abaixo do nível neurológico tem um grau muscular maior ou igual a 3

E – Normal

As funções sensitivas e motoras são normais

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Níveis: 7 – Independência Total 6 – Independência Total Aparelhada 5 – Supervisão 4 – Assist. Mínima (Capacidade: 75% ou +) 3 – Assist. Moderada (Capacidade: 50% ou +) 2 – Assist. Máxima (Capacidade: 25% ou +)	Controle dos Esfínteres		Admissão Alta		Locomoção		Admissão Alta	
	Controle vesical		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Caminhar		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Controle esfínter anal		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cadeira de rodas		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Mobilidade		Admissão Alta		Comunicação		Admissão Alta	
	Transferência		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Compreensão		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Cama, Cadeira de rodas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Expressão		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Banheiro		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cognição social		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Banheira, Chuveiro		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Interação social		<input type="text"/>	<input type="text"/>
					Solução problemas		<input type="text"/>	<input type="text"/>
					Memória		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuidados Pessoais		Admissão Alta						
Alimentação		<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Cuidados com aparência		<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Banhos		<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Vestir parte superior do corpo		<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Vestir parte inferior do corpo		<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Asseio		<input type="text"/>	<input type="text"/>					
				MIF TOTAL _____				

ESCORES DE TRAUMA

Obs: Servem para triagem pré-hospitalar, comunicação inter-hospitalar e na comparação de resultados de protocolos e atendimentos.

ESCORE DE TRAUMA REVISADO

GCS*	BPM*	FR*	Valor*
13-15	>89	10-29	04
09-12	76-89	>29	03
06-08	50-75	06-09	02
04-05	01-49	01-05	01
03	00	00	00

O valor final é obtido pela fórmula:

$$*ETR = 0,9368 \times GCS + 0,7359 \times BPM + 0,2908 \times FR$$

Para um valor total máximo de 7,84

*GCS - Glasgow

*BPM - Batimentos por minuto

*FR = Frequência Respiratória

*ETR = Escore de Trauma Revisado

IMPORTÂNCIA:

Criados para fins de triagem na cena do acidente, comparação de resultados entre instituições e dentro das mesmas ao longo do tempo (controle de qualidade) e para avaliar probabilidade de sobrevida.

ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (AIS - ABREVIATE INJURY SCALE)

- Pontua lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo com a gravidade (de 1 a 6).
- Crânio/pescoço, face, tórax, abdome/pelve, extremidades/pelve óssea e geral externa, pela AIS, são elevados ao quadrado e somados.

ÍNDICE DE GRAVIDADE DA LESÃO (ISSINJURY SEVERITY SCORE).

- Índice derivado da escala abreviada de lesões (AIS - Abreviate Injury Scale).
- Três valores mais altos em segmentos corpóreos diferentes.
- Os valores variam de 3 a 75.
- Se o AIS for igual a 6 em qualquer segmento o ISS é 75 automaticamente.

CÁLCULO DO ISS:

Paciente com lesões nas seguintes regiões:

REGIÃO	AIS DA LESÃO	AIS DA LESÃO
Crânio e pescoço	2	3
Face	4	-
Tórax	1	4
Abdome/pelve	2	3
Esquelética	3	4
Geral	1	-

Calculo do ISS = 4 + 4 + 4 ? ISS = 16 + 16 + 16 = 48 ? ISS = 48

LIMITAÇÕES:

Não considera a presença de múltiplas lesões em determinado segmento como determinantes de maior gravidade ao aproveitar apenas a lesão mais grave. (Exemplo: Mortalidade p/ ISS = 16 é de 14,3% (4,0/0) e p/ ISS = 19 é de 6,8% (3,3/1)

Taxas de mortalidade variam muito, comparando-se valores de AIS semelhantes em diferentes segmentos corpóreos. Idade e doenças associadas são desconsideradas e têm importância prognostica quanto do trauma.

Atenção: não pode ser utilizada como índice de trauma isoladamente!

ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS – ORGAN INJURY SCALE)

PONTUA LESÕES EM DIVERSOS SEGMENTOS CORPÓREOS DE ACORDO COMA GRAVIDADE:

- 1 – Menor
- 2 – Moderado
- 3 – Sério
- 4 – Severo (ameaça a vida)
- 5 – Crítico (sobrevida incerta)
- 6 – Não sobrevivente

URETRA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	CONTUSÃO	Sangue no meato uretral uretografia normal	2
2	Lesão maior	Tração da uretra sem extravasamento na Uretografia	2
3	Laceração parcial	Extravasamento do contraste no local da lesão com visualização do contraste na bexiga	2
4	Laceração completa	Extravasamento do contraste no local da lesão sem visualização da bexiga. Separação da uretra menor que 2cm	3
5	Laceração completa	Transecção com separação dos segmentos maior que 2cm ou extensão para próstata ou vagina	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

BEXIGA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma Laceração	Contusão, hematoma intramural, thickness parcial	2
2	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal menos de 2cm	3
3	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal mais de 2cm ou intraperitoneal menos de 2cm	4
4	Laceração	Laceração da parede intraperitoneal mais de 2cm	4
5	Laceração	Laceração que se estende até o colo vesical ou trigono	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

URETER			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização	2
2	Laceração	Transecção menor que 50%	2
3	Laceração	Transecção maior que 50%	3
4	Laceração	Transecção completa com desvascularização de 2cm	3
5	Laceração	Transecção completa com desvascularização maior que 2cm	3

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

DIAFRAGMA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão		2
2	Laceração de 2cm ou menos		3
3	Laceração de 2 a 10cm		3
4	Laceração maior que 10cm com perda de tecido maior que 25 cm Quadrados		3
5	Laceração com perda de tecido maior que 25cm quadrados		3

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PAREDE TORACICA			
GRAU	DESCRIÇÃO DE LESÃO		AIS - 90
1	Contusão Laceração Fratura	Qualquer localização	1
		Pele e subcutâneo	1
		Menos de 3 costelas, fechada	1-2
		Clavícula alinhada e fechada	2
2	Laceração Fratura	Pele, subcutânea e músculo	1
		3 ou mais costelas, fechada	2-3
		clavícula aberta ou desalinhada	2
		Esterno alinhada, fechada	2
3	Laceração Fratura	Corpo da escápula	2
		Total, incluindo pleura	2
		Esterno, aberta, desalinhada ou instável	2
4	Laceração Fratura	Menos de 3 costelas com segmento instável	3-4
		Avulsão dos tecidos da parede com fratura exposta de costela.	4
		3 ou mais costelas com tórax instável unilateral	3-4
5	Fratura	Tórax instável bilateral	5

Obs: Em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PULMAO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão	Unilateral, menos que in lobo	3
2	Contusão	Unilateral in lobo	3
	Laceração	Pneumotórax simples	3
3	Contusão	Unilateral, mais que in lobo	3
	Laceração	Escape persistente de via aérea distal mais de 72 horas	3-4
	Hematoma	Intraparenquimatoso sem expansão	3-4
4	Laceração	Escape de via aérea maior (segmento ou lobar)	4-5
	Hematoma	Intraparenquimatoso em expansão	4-5
	Vascular	Rotura de vaso intrapulmonar ramo primário	3-5
5	Vascular	Rotura de vaso hilar	4
6	Vascular	Transecção total do hilo pulmonar sem contenção	4

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

Hemotórax está na tabela de lesões de vasos intratorácicos

FIGADO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma Laceração	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
		Intraparenquimatoso com menos de 10cm de diâmetro	2
		1 a 3cm de profundidade com até 10cm de comprimento	2
3	Hematoma Laceração	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3
		Hematoma intraparenquimatoso maior que 10cm ou em expansão	3
4	Laceração	Maior que 3cm de profundidade	3
		Rutura de parênquima hepático envolvendo 25 a 75% de lobo hepático ou 1 a 3 segmentos de Couinaud em um lobo	4

5	Laceração Vascular	Rutura de parênquima hepático envolvendo mais de 75% de lobo hepático ou mais de 3 segmentos de Couinaud em um lobo	5
		Lesões justahepáticas, i.e., veia cava retrohepática e veias centrais maiores	5
6	Vascular	Avulsão hepática	6

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

BAÇO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma Laceração	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
		Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma Laceração	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
		Intraparenquimatoso com menos de 5cm de diâmetro 1 a 3cm de profundidade sem envolver veia do parênquima	2 2
3	Hematoma Laceração	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão.	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto Hematoma intraparenquimatoso maior que 5cm ou em expansão	3
4	Laceração	Maior que 3cm de profundidade ou envolvendo veias trabeculares	3
		Laceração de veias do hilo ou veias segmentares produzindo maior desvascularização (>25% do baço)	4
5	Laceração Vascular	Destruição total do baço	5
		Lesão do hilo vascular com desvascularização do baço	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

RIM			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão Hematoma	Hematuria macro ou microscópica com avaliação urológica normal	2
		Subcapsular, sem expansão e sem laceração do parênquima	2
2	Hematoma Laceração	Hematoma perirenal sem expansão confinado ao retroperitônio renal	2
		Profundidade no parênquima renal menor que 1cm sem extravasamento de urina	2
3	Laceração	Profundidade do parênquima maior que 1cm, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina	3
4	Laceração Vascular	Laceração que se estende através da córtex renal, medular e sistema coletor	4
		Lesão da artéria ou veia principais com hemorragia contida	5
5	Laceração Vascular	Destruição renal total	5
		Avulsão do hilo renal com desvascularização renal	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

VASCULATURA INTRA-ABDOMINAL		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Ramos inominados das artérias e veias mesentérica superior Ramos inominados das artérias e veias mesentérica inferior Artéria e veia frênicas Artéria e veia lombar Artéria e veia gonadal Artéria e veia ovariana Outras artérias e veias inominadas que requeiram ligadura	0
2	Artéria hepática comum, direita ou esquerda Artéria e veia esplênicas Artéria gástrica esquerda ou direita Artéria gastroduodenal Artéria e veia mesentérica inferior Ramos primários da artéria e veia mesentérica Outro vaso abdominal nominado que necessite de ligadura	3 3 3 3 3 3 3
3	Artéria mesentérica superior Artéria e veias renais Artéria e veias ilíacas Artéria e veias hipogástricas Veia cava infra-renal	3 3 3 3 3
4	Artéria mesentérica superior Eixo celíaco Veia cava supra-renal, infra-hepática Aorta infra-renal	3 3 3 3
5	Veia porta Veia hepática extraparenquimal Veia cava retro ou supra-hepática Aorta supra-renal subdiafragmática	3 3-5 5 5

VASCULATURA INTRATORÁCICA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS-90
1	Artéria e veia intercostal Artéria e veia mamária interna Artéria e veia brônquica Artéria e veia esofágica Artéria e veia hemilázigos Artéria e veia inominada	2-3 2-3 2-3 2-3 2-3 2-3
2	Veia ázigos Veia jugular interna Veia subclávia Veia inominada	2-3 2-3 3-4 3-4
3	Artéria carótida Artéria inominada Artéria subclávia	3-5 3-4 3-4
4	Aorta torácica descendente Veia cava inferior intratorácica Primeiro ramo intraparenquimatoso da artéria pulmonar Primeiro ramo intraparenquimatoso da veia pulmonar	4-5 3-4 3 3
5	Aorta torácica ascendente e arco Veia cava superior Artéria pulmonar, tronco principal Veia pulmonar, tronco principal	5 3-4 4 4
6	Transsecção total incontinida da aorta torácica Transsecção total incontinida do hilo pulmonar	5 4

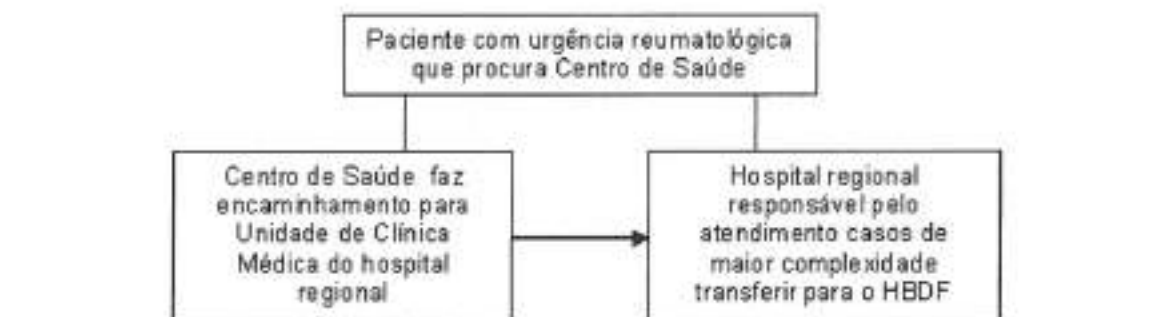
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

Todo atendimento reumatológico que ficar caracterizado como de Urgência em atenção primária, deverá ser transferido para a Unidade de Emergência da Clínica Médica de um Hospital Regional secundário, para diagnóstico e tratamento inicial. Na impossibilidade de permanecer internado, ou na existência de uma enfermidade de maior complexidade, o paciente será transferido para a Unidade terciária (HBDF).

A avaliação clínica e o exame físico detalhado são bases do diagnóstico em Reumatologia. Assim, a tarefa do médico que faz o atendimento inicial é definir seu diagnóstico, antes de encaminhar em seu parecer ou ficha de atendimento para o serviço de emergência do hospital regional e desse, em casos de alta complexidade, para o HBDF, obedecendo aos seguintes critérios:

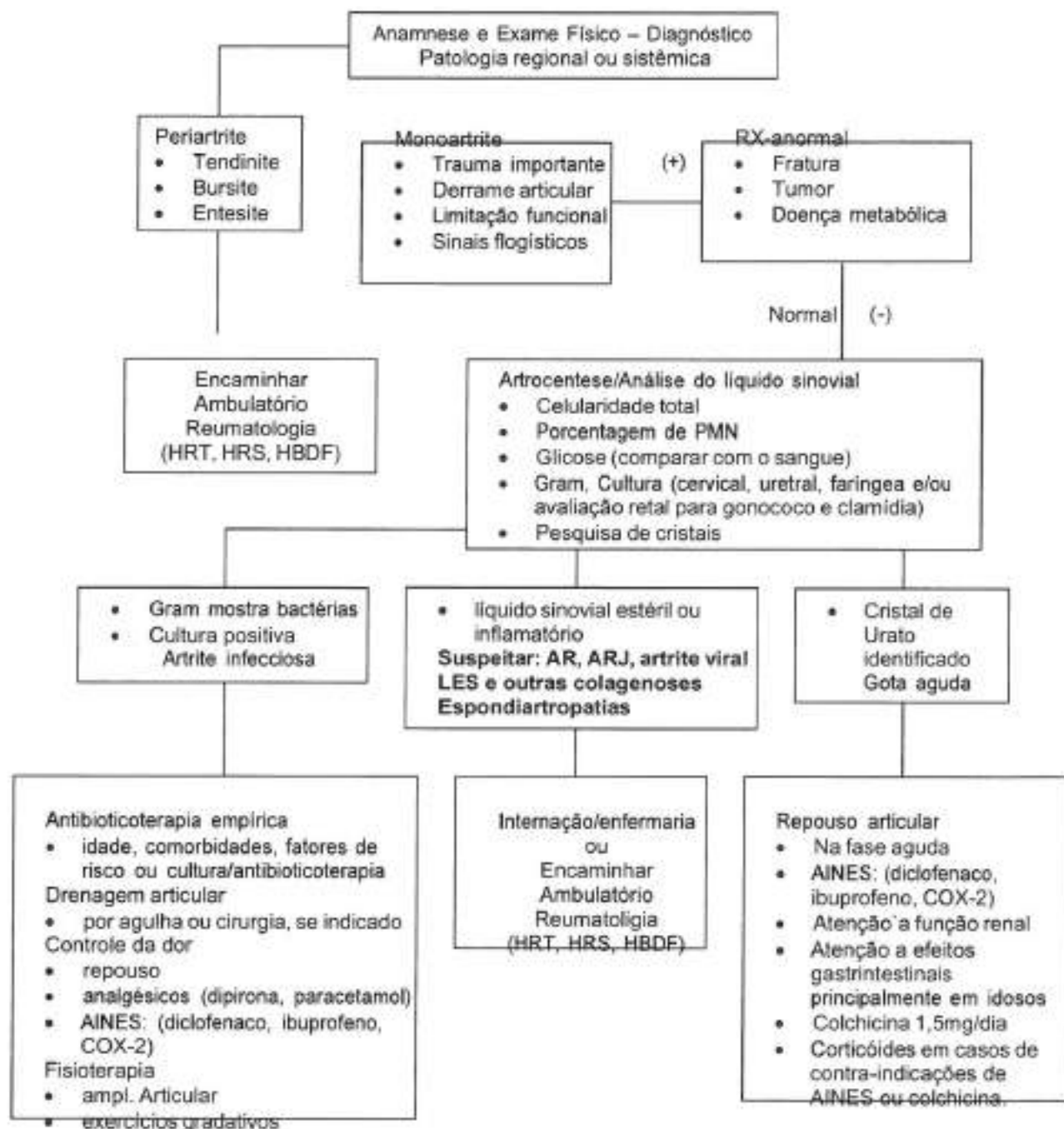
- Se o paciente apresenta doença reumática articular ou óssea localizada, regional ou generalizada;
- Se a doença reside em estruturas não-ósseas e não-articulares – por exemplo: tecidos moles (partes moles), neste caso, pertencendo ao grupo de problemas que se identificam como enfermidades extra-articulares;
- Se a doença reumática é sistêmica ou generalizada;
- Se o problema inclui mais de uma dessas possibilidades.

ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA



ENCAMINHAMENTO	CONTEUDO DO ENCAMINHAMENTO
História clínica:	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar com história concisa informando o tipo de dor, evolução, articulações acometidas e tipo de acometimento: monoarticular, oligoarticular ou poliarticular e sintomas sistêmicos associados.
Exame físico:	<ul style="list-style-type: none"> • Relatar os achados importantes em especial, a presença de sinais flogísticos articulares, atrofia e deformidades.
Exames complementares essenciais:	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo, bioquímica, ácido úrico, VHS, PCR, fator reumatóide, FAN, radiografias das articulações acometidas e contralaterais e de tórax (PA e perfil). • Análise do líquido sinovial + cultura. • Relatar exames anteriores.
Hipótese diagnóstica:	<ul style="list-style-type: none"> • Enumerar. • Definir se patologia localizada, regional ou sistêmica.
Tratamento:	<ul style="list-style-type: none"> • Detalhar os tratamentos realizados anteriormente e os medicamentos e doses em uso atualmente.
Motivo do encaminhamento:	<ul style="list-style-type: none"> • Detalhar os motivos do encaminhamento ao médico clínico ou especialista.
Contra-referência:	<ul style="list-style-type: none"> • Retorno à UBS para acompanhamento com relatório do médico clínico ou especialista.

MONO ARTRITE AGUDA



LOMBALGIA AGUDA

Anamnese e Exame Físico – para definição de possíveis causas

CAUSAS:

- Mecânico-degenerativas
- Hérnias de disco
- Alterações ósteo-cartilaginosas
- Inflamatórias
- Infecciosas (espondilodiscites)
- Metabólicas
- Dor lombar com repercussão de doença sistêmica
- Lombalgias psicossomáticas
- Fibromialgia e Síndrome Miofacial

SINAIS DE ALERTA:

Malignidade

- Idade acima de 50 anos
- História prévia de câncer
- Perda de peso inexplicável
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre e anemia

Compressão da cauda equina

- Disfunção vesical
- Perda do tônus do esfíncter anal
- Fraqueza nos membros inferiores

Infeção

- Pele ou trato urinário
- Uso de drogas IV
- Imunossupressores
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre, calafrios, suores

Fratura

- Trauma com intensidade proporcional para a faixa etária

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx simples - persistência do quadro clínico por mais de quatro semanas. Indicado nas lombalgias agudas com sinais de alerta já na primeira consulta.

Tomografia computadorizada – lombalgia aguda c/ evolução atípica.

Ressonância nuclear magnética – lombalgia aguda c/ evolução atípica.

Exames laboratoriais - pacientes acima de 50 anos, com suspeita de neoplasias, infecções, processos inflamatórios, doenças osteometabólicas, fraturas osteoporóticas e metástases ósseas.

internação em enfermaria para investigação/ tratamento ou transferência/HBDF

TRATAMENTO:

Repouso no leito - Períodos de dois a três dias é suficiente. Períodos de uma a duas semanas podem ser recomendados para casos de sintomatologia severa e limitação.

Aplicação de compressas frias ou quentes

Analgésicos - Não narcóticos (acetaminofen): 500 mg, 4 a 6 vezes/dia.

Cloridrato de tramadol: 100 – 400mg/dia.

Sulfato de morfina: opção restrita para hérnias discais resistentes, fraturas e metástases

AINHS: todas as classes podem ser úteis, desde que usados em doses certas c/ intervalos regulares.

Corticóides

Relaxantes musculares

Tratamento cirúrgico - não mais que 1% a 2% dos pacientes com hérnia de disco têm indicação cirúrgica.

LOMBALGIA POSTURAL

Quadro agudo de dor na região lombar associado a esforço repetitivo, espasmo muscular para vertebral, sobrepeso corporal, estresse sem déficia alteração neurológico nos membros inferiores.

SINAIS E SINTOMAS

Lombalgia aguda: espasmo para vertebral, após esforço físico ou trauma recente, dor irradiada para a coxa ou perna, marcha alterada, dor aumentada com a flexão anterior da coluna e sinal de Laségú negativo.

Lombalgia crônica: dor região lombar de baixa intensidade, ausência de trauma recente ou esforço físico, história de dor periódica associada a exercícios físicos da coluna, ausência de alteração dos dermatômos do membro inferior

Diagnósticos diferenciais da lombalgia: osteoartrose, herniação discal, tumores, infecção bacteriana, fratura, cálculos, tumores e infecções renais, cistos ovarianos, úlcera péptica, aneurisma da aorta e alteração pancreática ou biliar.

EXAMES COMPLEMENTARES

Febre ou perda de peso:
Hemograma completo e cultura de secreções

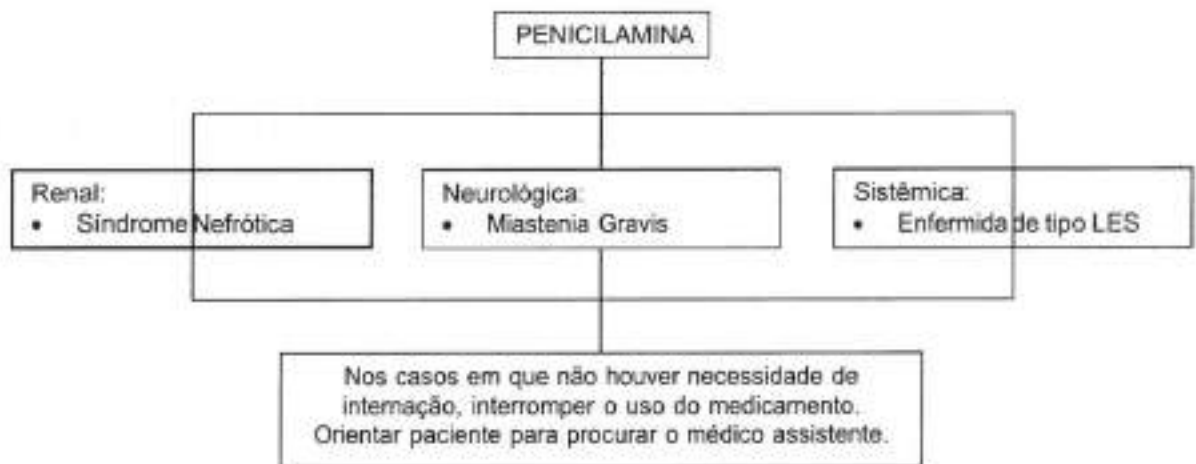
Rigidez matinal:
Fator reumatóide, ANA e VHS

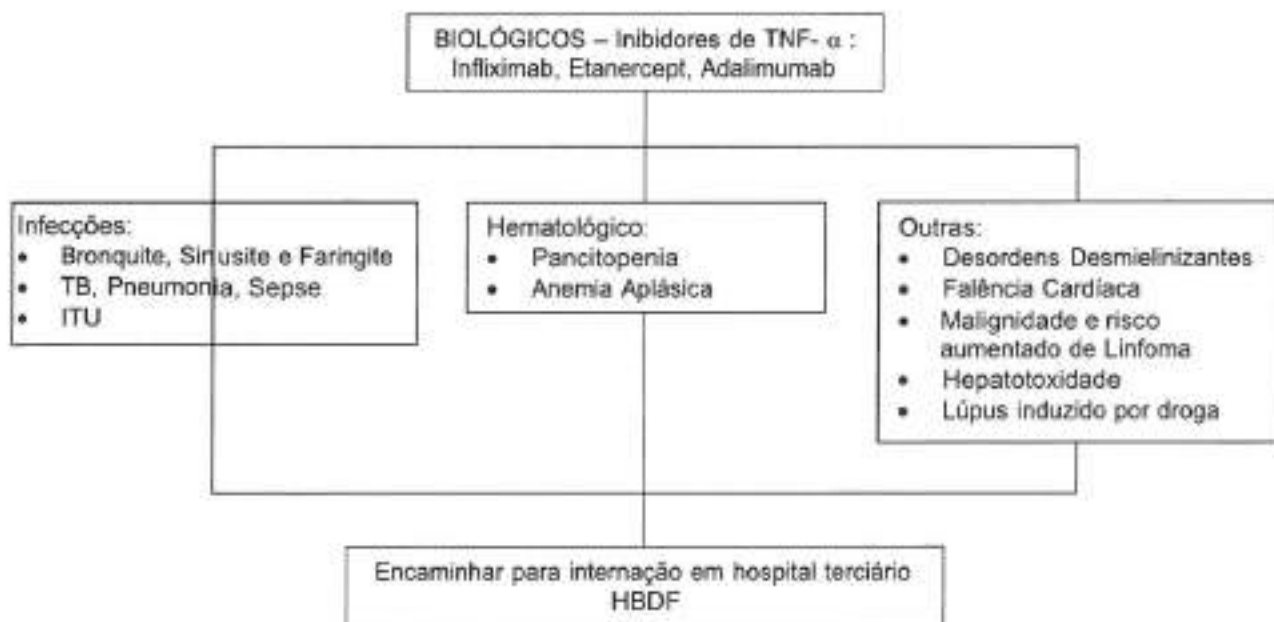
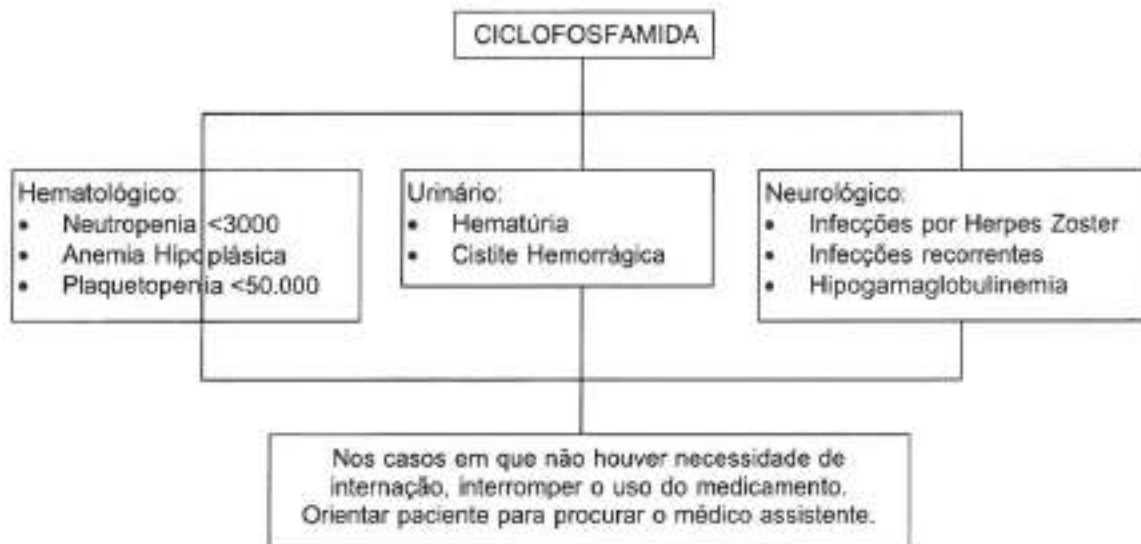
Dor em cólica:
Ultrasonografia, amilase, e urocultura

Exames radiográficos emergenciais não estão indicados exceto em casos de trauma evidente.

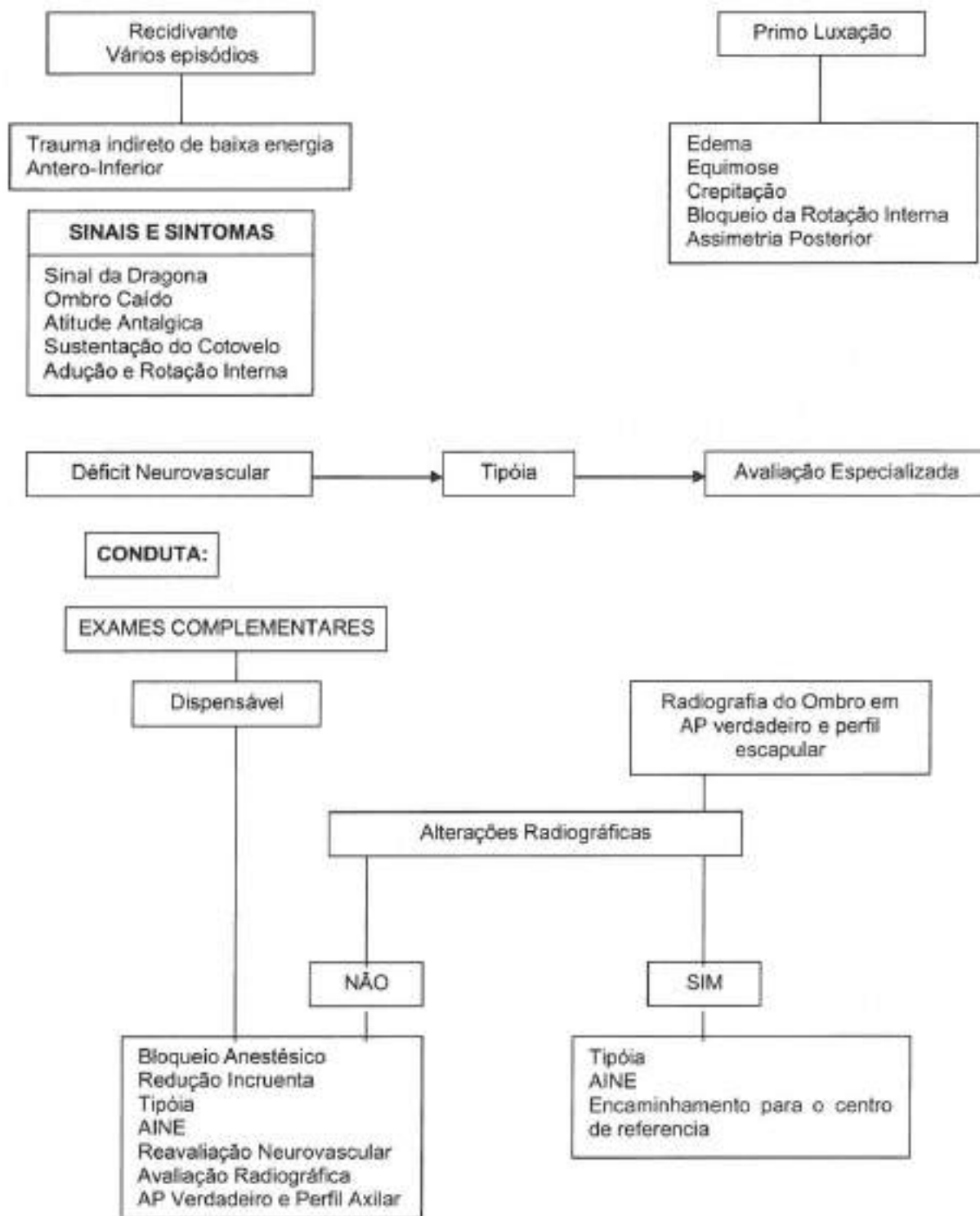
Tratamento: A maioria dos pacientes apresenta melhora progressiva em período de seis a oito semanas. Nos sintomas agudos prescrever diclofenaco 75 mg IM (dose única) e paracetamol 250 mg de 8/8 horas ou diclofenaco de potássio 50 mg de 8/8 horas. Redução ou abstenção de atividade física com repouso no leito por período de 48 horas, utilizar ainda calor local três vezes ao dia. Nos sintomas crônicos, pesquisar alterações neurológicas eventuais, prescrever diclofenaco 50 mg de 8/8 horas e encaminhar paciente para reabilitação postural.

REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS





LUXAÇÃO DO OMBRO



ENTORSE DO JOELHO

MECANISMO
Torsional
Trauma Direto
Queda de Altura
Hiperflexão
Hiperextensão
Valgo / Varo

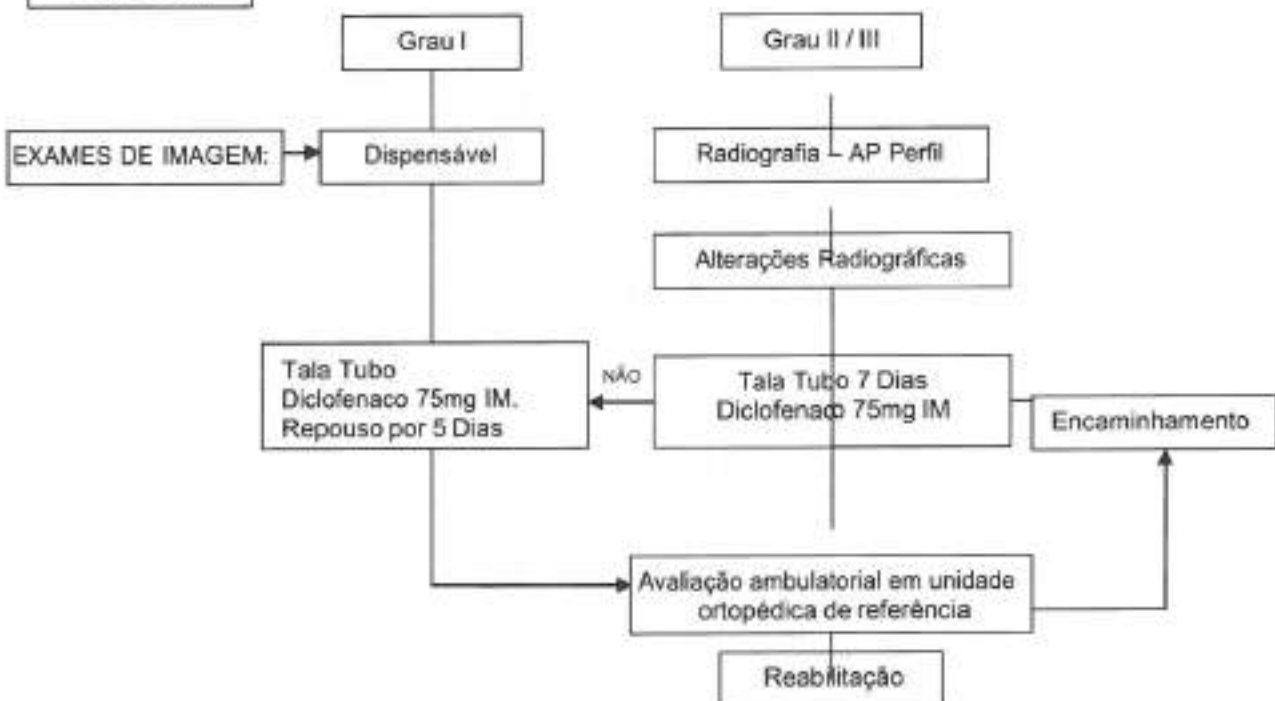
AVALIAÇÃO

Grau I – Leve: Suporta Carga; Sem Derrame articular.

Grau II – Moderado: Não suporta carga; Derrame moderado.

Grau III – Grave: Não suporta carga; Sensação de "Estalido". Derrame acentuado com sinal de Rechaço patelar.

CONDUTA:



Handwritten signature

ENTORSE DO TORNOZELO

LESÃO CÁPSULO - LIGAMENTAR

MECANISMO
Torsional
Inversão
Eversão

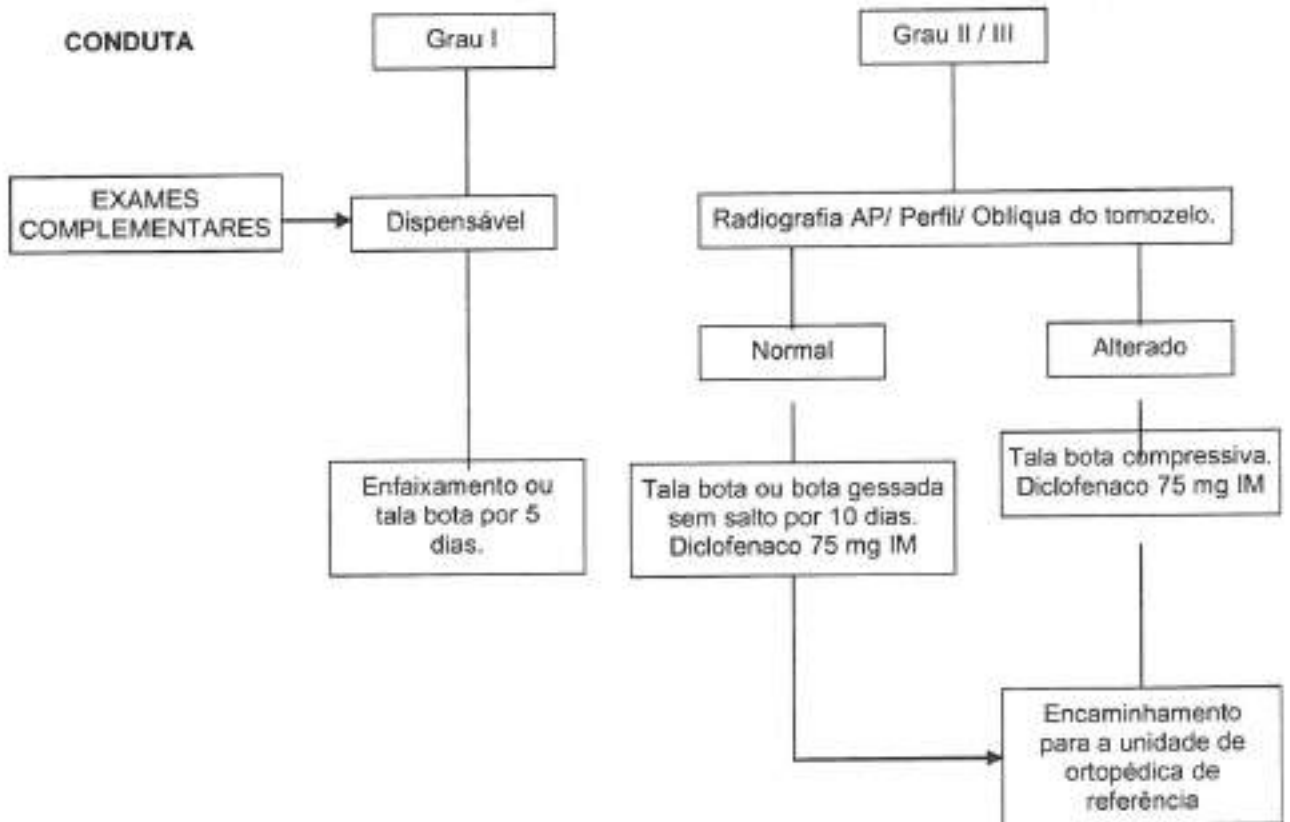
AVALIAÇÃO

Grau I – **Leve**: Discreto edema, sem equimose, suporta carga.

Grau II – **Moderado**: Edema perimaleolar. Pode suportar carga. Discreta equimose após 24 horas

Grau III – **Grave**: Edema difuso. Não suporta carga. Equimose após 24 horas

CONDUTA



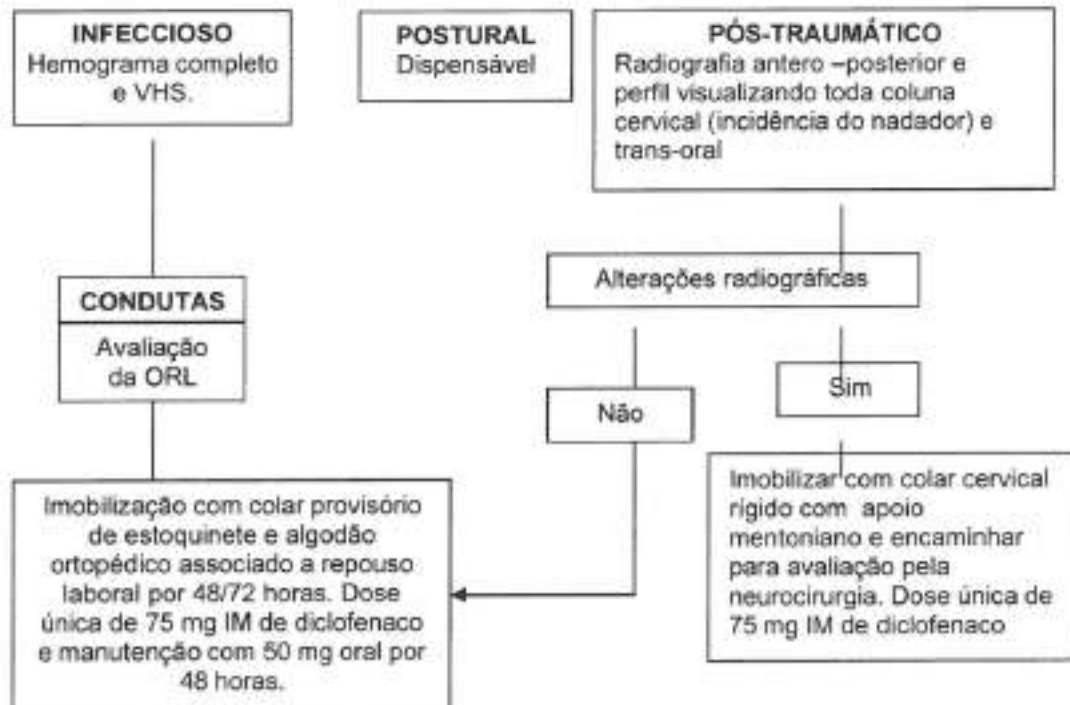
TORCICOLO

Definido como quadro antálgico da coluna cervical, associado a contratura muscular. A etiologia pode ser atitude postural viciosa, pós-traumática de baixa energia e infecciosa.

SINAIS E SINTOMAS

Dor a flexão e ou rotação da coluna cervical, matinal ou esforços laborais caracterizado por episódio de dor a palpção na bainha do músculo esterno cleido mastóideo, ou eretores da nuca trauma -faringeo. Presença de intenso espasmo muscular com limitação evidente dos movimentos cervicais e dor ocasional irradiada para membro superior. Ausência de déficit neurológico.

EXAMES COMPLEMENTARES



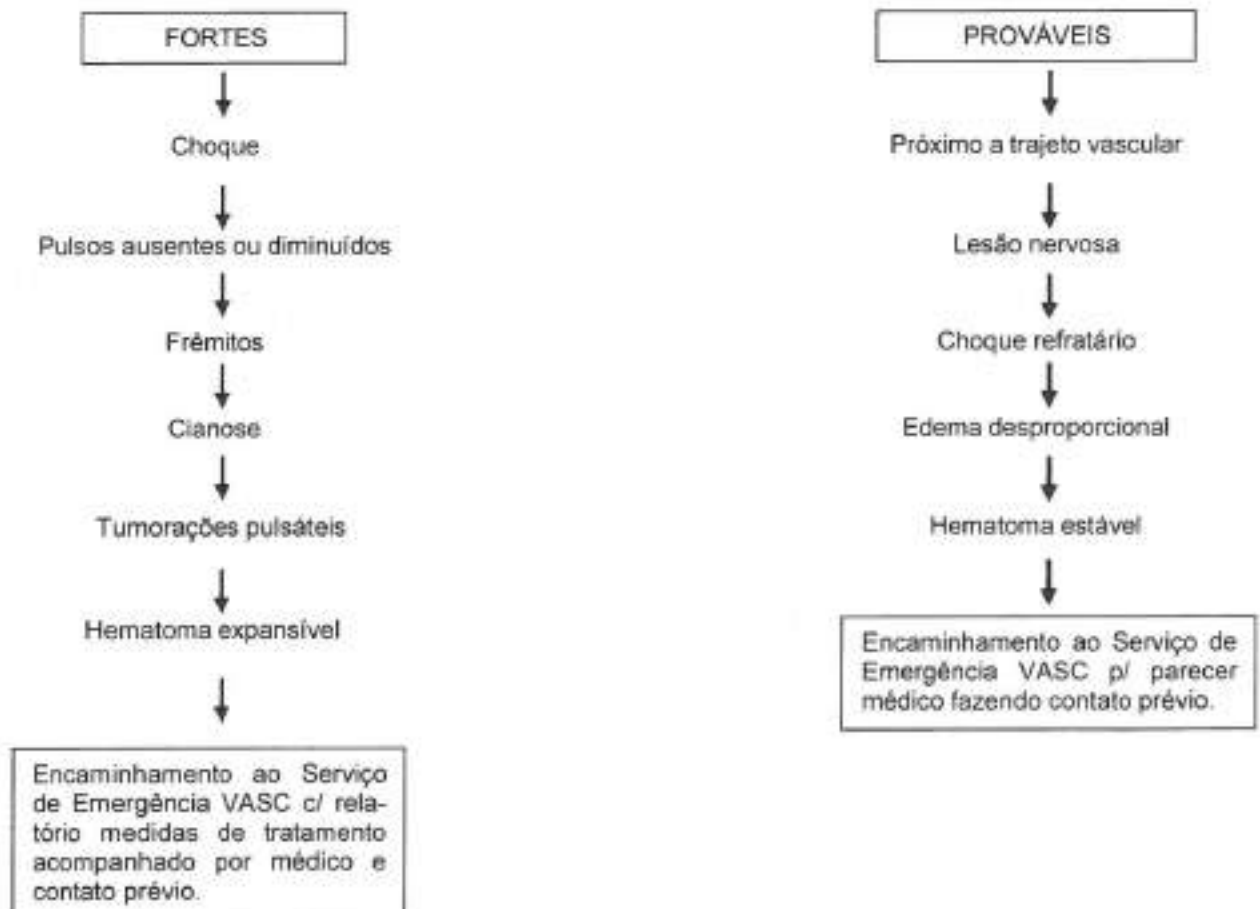
URGÊNCIAS VASCULARES



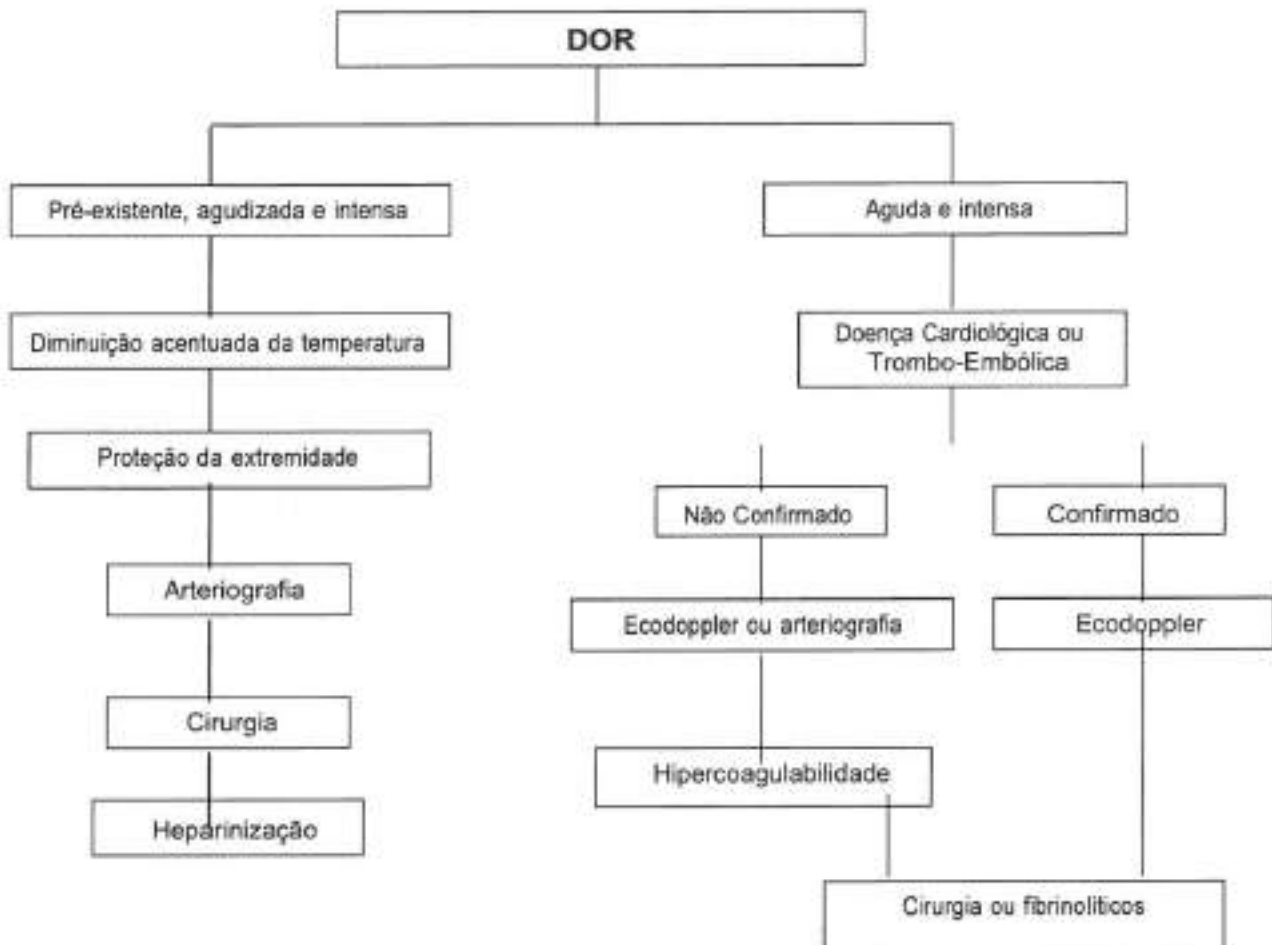
Os serviços de cirurgia vascular da SES/DF são encontrados nos seguintes hospitais:
HBDF (Emergência 24 horas) – Ambulatório;
HRT – Ambulatório (Pareceres);
HRC – Ambulatório (Pareceres);
HRS – Ambulatório (Pareceres).

TRAUMAS VASCULARES

SINAIS



TROMBOEMBOLIA ARTERIAL

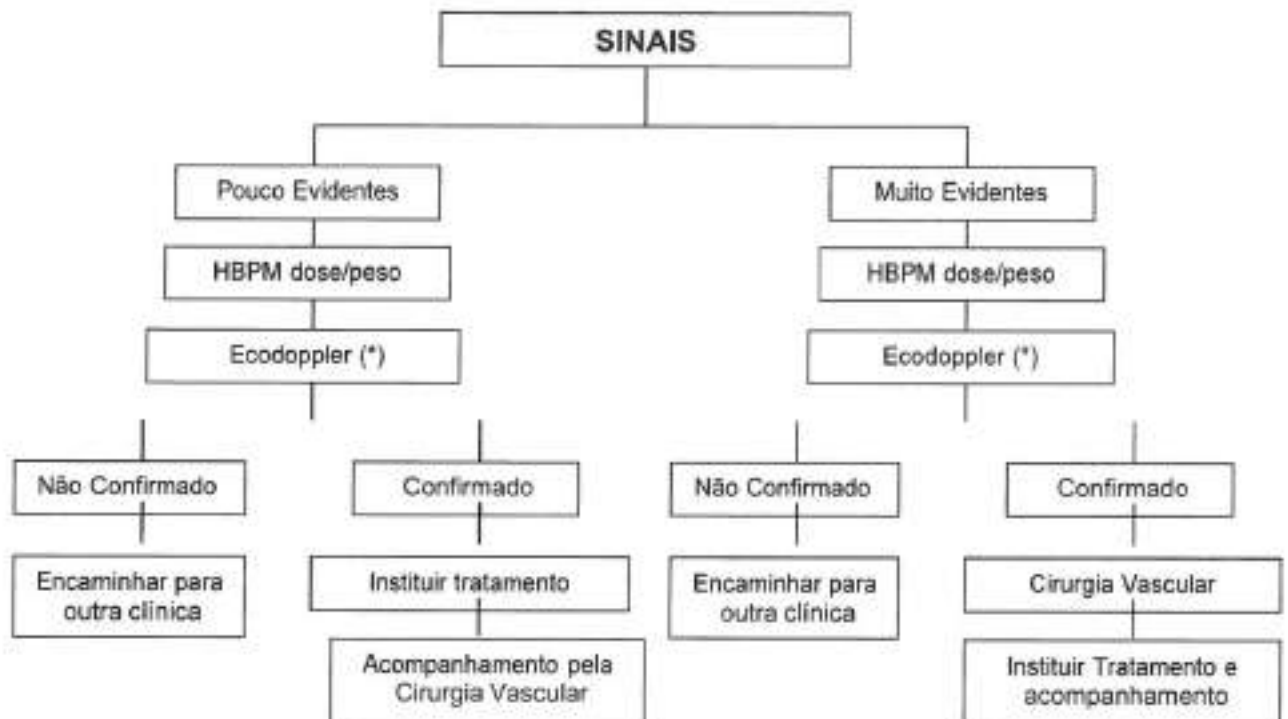


SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Ausente
Temperatura	Diminuída
Perfusão	Diminuída
Imobilização	Sim
Empastamento Muscular	Não
Cianose/Palidez	Sim
Sensibilidade	+++
Insuficiência Funcional	Sim
Início	Súbito

OBS: Encaminhar o paciente ao serviço de emergência urgente.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA TVP



TVP - SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Presente
Temperatura	Normal / Aumentada
Perfusão	Normal
Imobilização	Não
Empastamento Muscular	Sim
Cianose/Palidez	Não
Sensibilidade	+
Insuficiência Funcional	Não
Início	Lento

OBS:

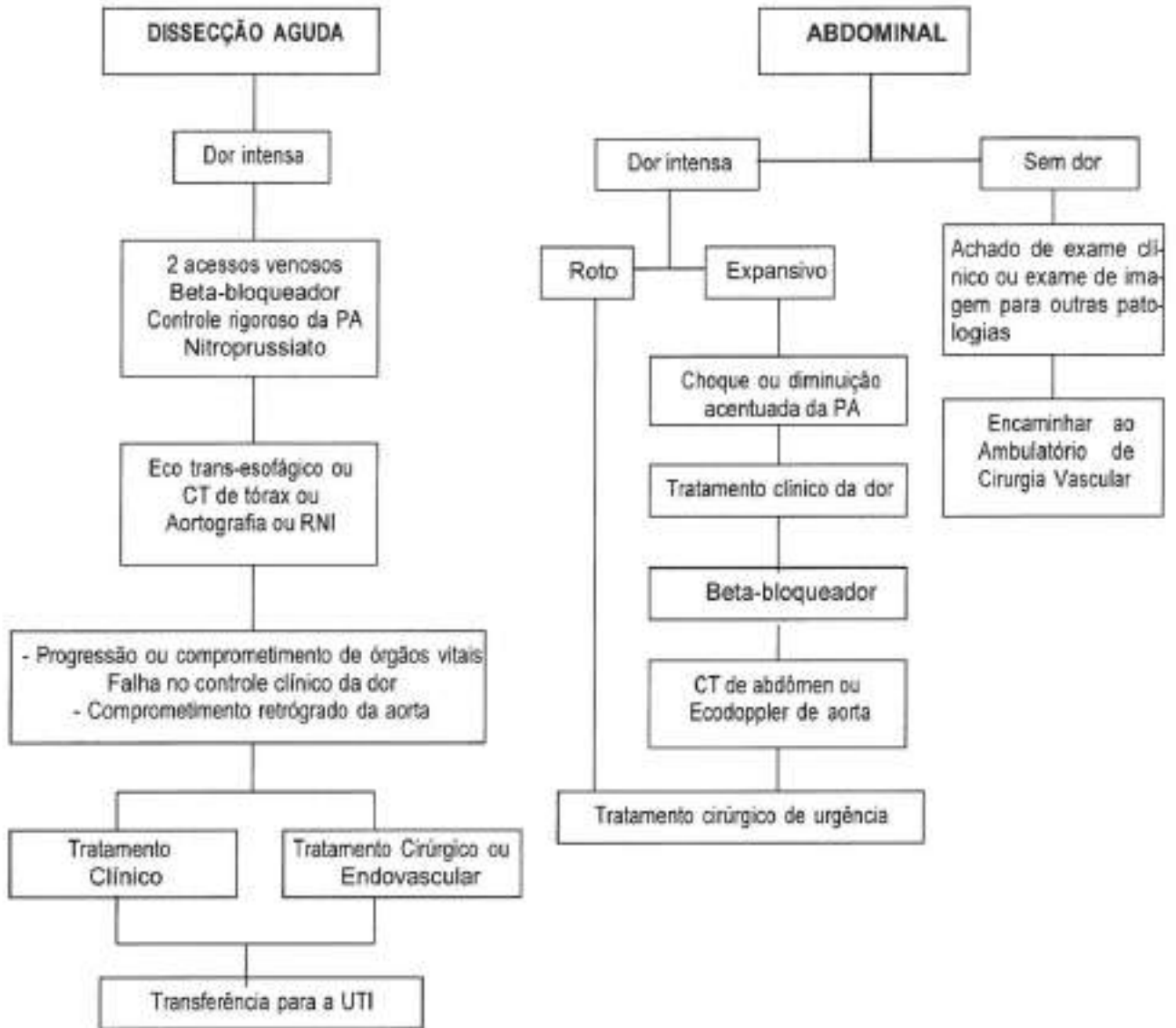
(*) Ecodoppler poderá ser realizado em qualquer regional que possua médico especialista (radiologista ou cirurgião vascular) e aparelho, para confirmação ou não do diagnóstico.

1. Procurar encaminhar os pacientes aos ambulatórios das regionais que possuam especialistas (cirurgiões vasculares) para seguimento e controle preferencialmente no período diurno (segundas a sextas-feiras) em face de não haver plantonistas de ecodoppler à noite ou finais de semana.

(*) HBPM - Heparina de Baixo Peso Molecular

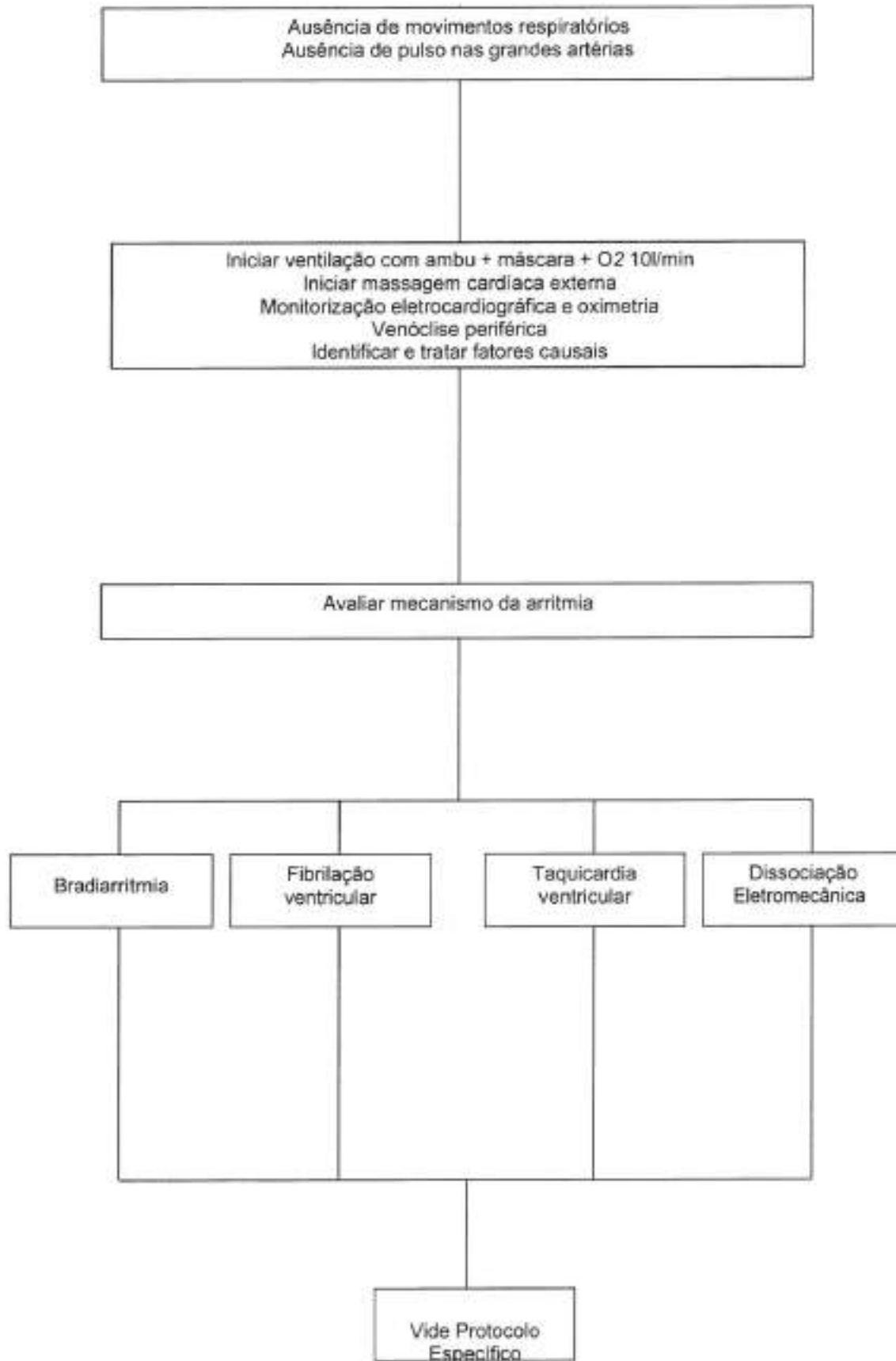
OBSERVAÇÕES:

ANEURISMAS



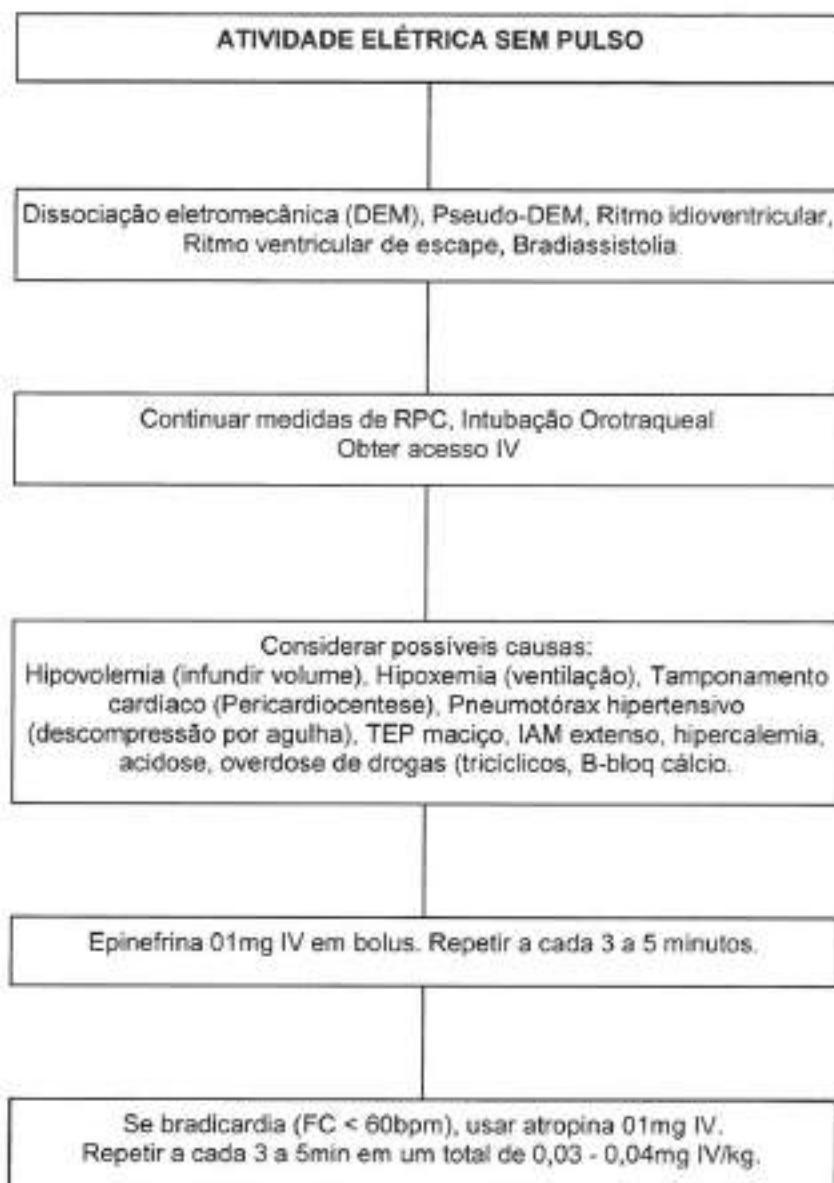
[Handwritten signature]

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA



Handwritten signature

ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA



Causas de Atividade Elétrica sem Pulso (5Hs e 5Ts)

Hipoxia
Hipovolemia
Hipocalemia – hipercalemia
Hipotermia
Hidrogênio (Acidose)

Tensão no Tórax (Pneumotórax)
Tamponamento Cardíaco
Tóxicos (Intoxicação)
Trombose coronária (IAM)
Tromboembolismo pulmonar

CPSG= Crise parcial secundariamente generalizada



ASSISTOLIA

Continuar RCP, Intubar, Obter acesso IV.
Confirmar assistolia em mais de uma derivação.

Considerar possíveis causas:
Hipoxia/Hiper ou Hipocalemia, Acidose pré-existente, overdose/hipotermia

Marcapasso Transcutâneo imediato.
Na ausência, pode-se passar o Marca Passo provisório transvenoso

Adrenalina 1mg IV em bolus. Repetir a cada 3 a 5 minutos.

Atropina 1mg IV. Repetir a cada 3 a 5 minutos até dose total de 0,03 a 0,04mg/kg

Considerar término da ressuscitação.

TAQUICARDIAS VENTRICULARES

Introdução:

As Taquicardias com complexos QRS largos ($QRS > 120 \text{ m/s}$) constituem um desafio na prática clínica. É de suma importância para uma correta conduta terapêutica antiarrítmica (AA) o diagnóstico diferencial entre uma Taquicardia Ventricular (TV) e uma Taquicardia Supraventricular com condução aberrante.

As taquicardias com complexos largos podem ocorrer em 4 situações distintas:

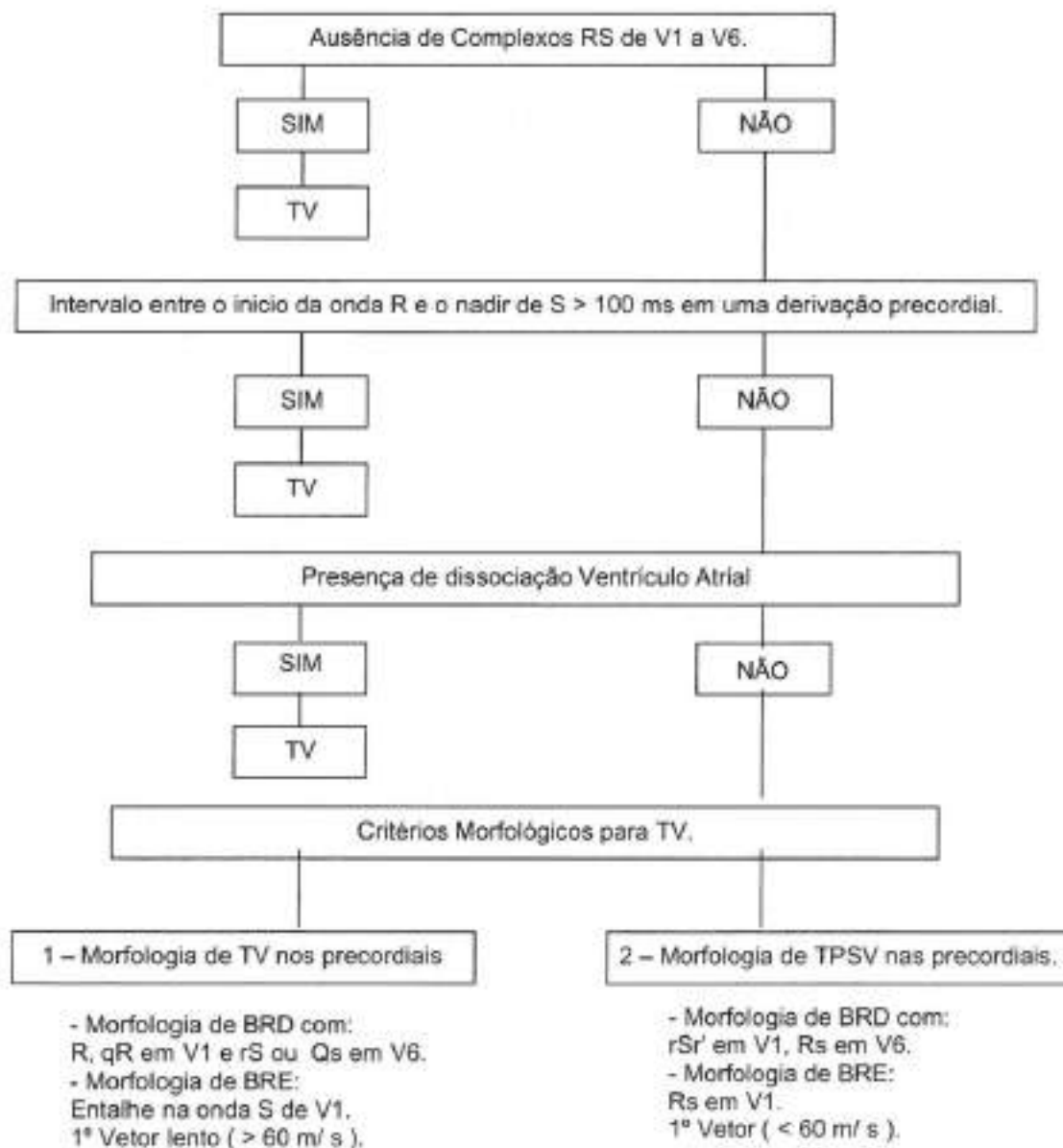
TPSV com bloqueio de ramo funcional

TPSV na vigência de bloqueio de ramo pré-existente.

TPSV com condução anterógrada através de uma via acessória.

Taquicardia Ventricular.

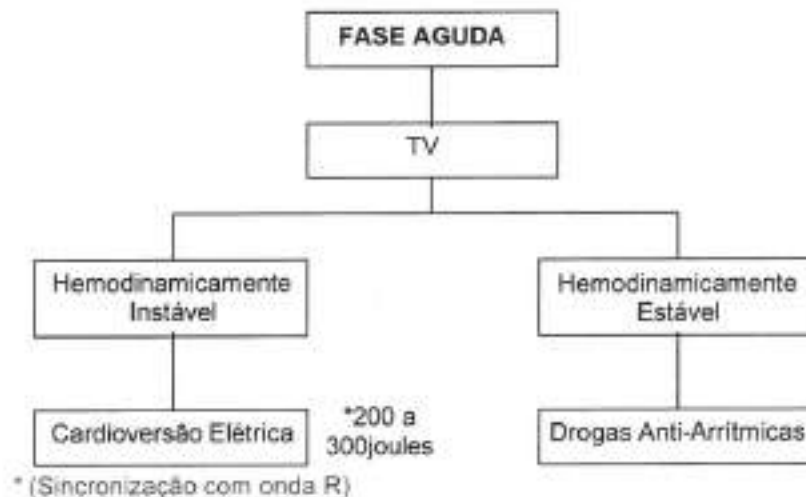
DIAGNÓSTICOS DAS TAQUICARDIAS DE QRS LARGO CRITÉRIOS DE BRUGADA.



TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL

TV Helicoidal.
TV Polimórfica.
Flutter Ventricular.
Fibrilação Ventricular.

TRATAMENTOS DAS TV.



DROGAS ANTIARRITMICAS.

1 – IAM – Fase Aguda – Lidocaína 2% - (1,0 a 1,5 mg / kg em bolus, seguido de 0,5 a 0,75 mg / kg em bolus a cada 5 a 10 min. Com dose máxima de 3 mg / kg. Associando a infusão contínua de 30 a 50 mg / kg / min.

2 – IAM – Fase Crônica – MCC.

Procainamida (1 gr / 5 minutos).

Amiodarona (150 mg IV em bolus em 10 minutos); (1,0 mg / min. Por 6 h., seguido de 0,5 mg / min. Contínuo).

Propafenona (70 mg IV / 5 min.).

CVE Sincronizado.

Sulfato de Magnésio (IV – 2 gr em 100 ml até atingir níveis séricos de 2 mEq / kg).

3 – Taquicardia Ventricular Helicoidal.

Infusão de Sulfato de Magnésio

Aumentar FC = Marca Passo Provisório

Isoproterenol (1 – 3 mg / min. IV).

4 – Taquicardia Ventricular Incessante.

Ablação.

Cirurgia.

OBS.: Nos pacientes com disfunção de VE: 1ª opção Amiodarona

2ª opção Lidocaína.

5 – Flutter Ventricular ou Fibrilação Ventricular.

Desfibrilação – 360J sem sincronização.



TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS ESTREITO

INTRODUÇÃO.

As TPSV¹ são arritmias nas quais os átrios e / ou a junção atrioventricular participam da origem e na manutenção da taquicardia. Essas arritmias (TPSV) apresentam características eletrocardiográficas típicas que durante a análise do ECG da crise sugerem o seu diagnóstico, na maioria dos pacientes. Entretanto em alguns casos o seu diagnóstico e seu mecanismo só podem ser detectados pelo estudo eletrofisiológico invasivo (EEF).

Essas arritmias (TPSV²) apresentam-se com FC acima de 100bpm e com duração do complexo QRS \leq 120 m/s.

CLASSIFICAÇÃO DAS TPSV:.

- Taquicardias Atriais.
- Taquicardia por Reentrada Nodal.
- Taquicardia por reentrada usando uma via acessória.
- Taquicardia Juncional Paroxística.
- Flutter Atrial.
- Fibrilação Atrial.

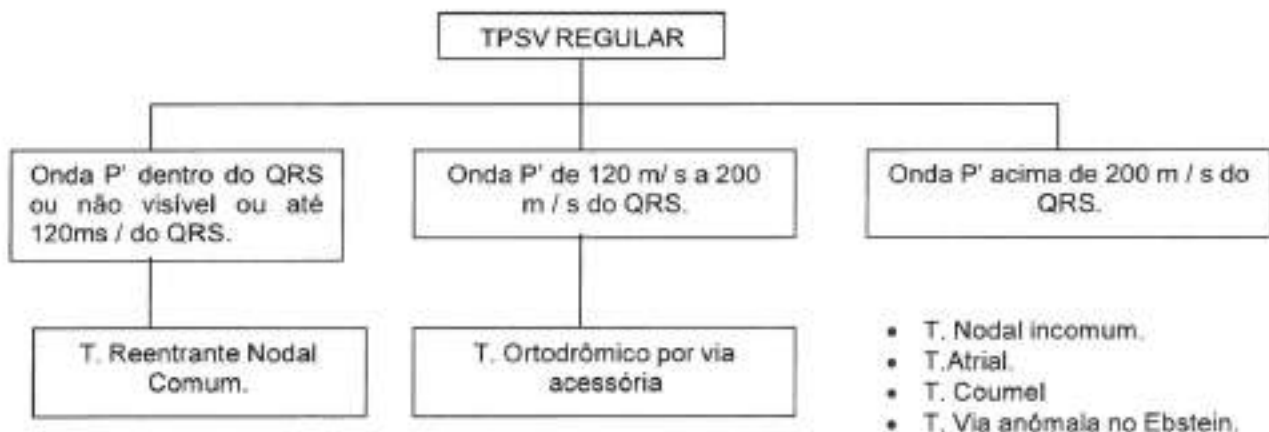
I – TPSV COM R – R REGULAR E QRS ESTREITO.

TIPOS:

1. Taquicardia Reentrante Nodal Comum;
2. Taquicardia Átrio-ventricular mediado por via anômala de Kent;
3. Taquicardias atriais, Reentrante Nodal incomum, Coumel e via anômala no EBSTEIN;
4. Flutter Atrial;

COMO DIAGNOSTICAR:

Observar a onda P' (P retrogrado).

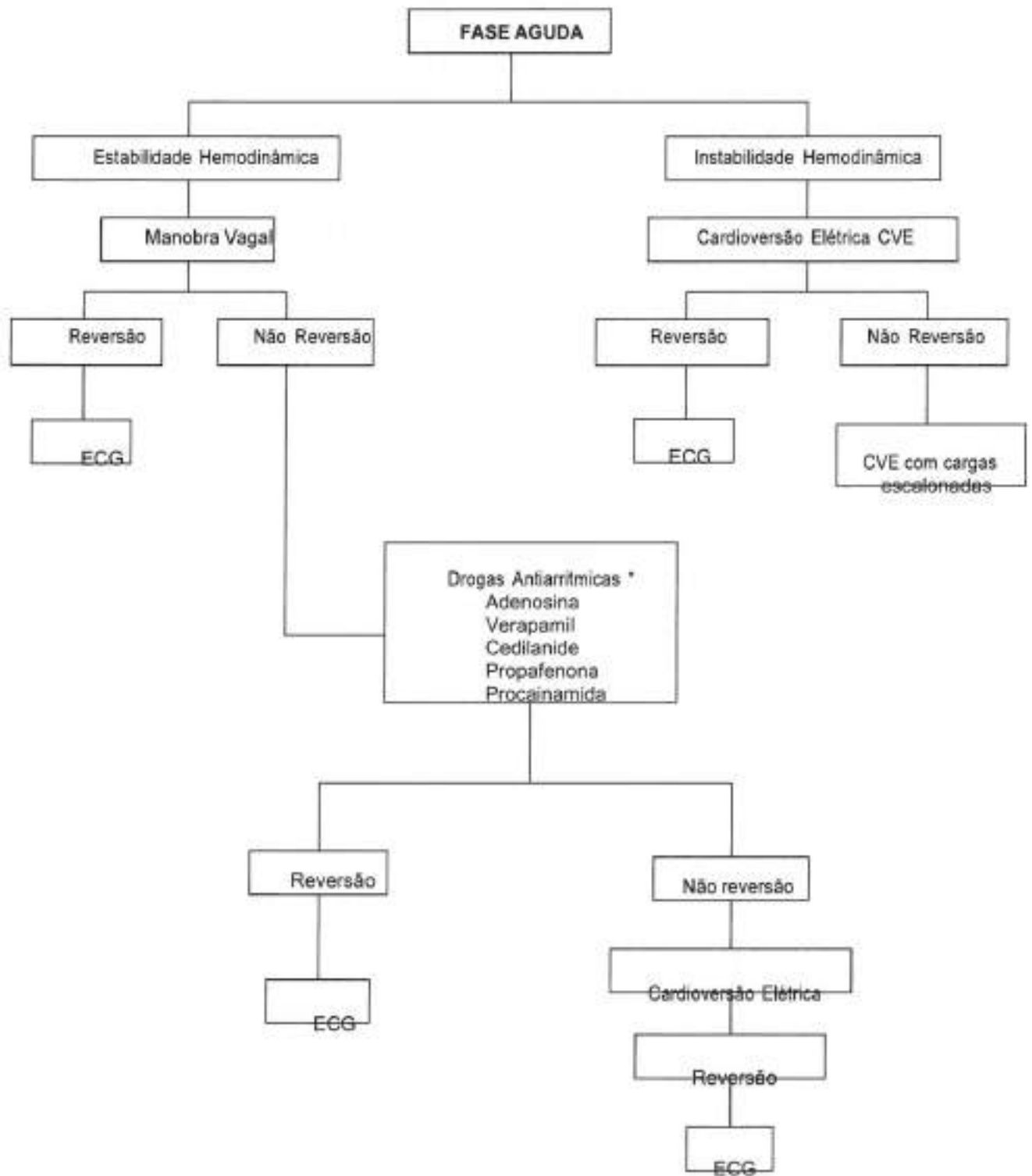


- A – 1 – Onda P em relação ao QRS:
- A – 2 – Morfologia da Onda P:
- A – 3 – Frequência da onda P's em relação ao QRS:
- A – 4 – Alternância elétrica do QRS:

TRATAMENTO NA FASE AGUDA

REVERSÃO DAS CRISES

TRATAMENTO DAS TPSV



DROGAS ANTI-ARRITMICAS PARA REVERSÃO.

- 1 - Taquicardia Reentrante Nodal Comum.
- 2 - Taquicardias Atriais, reentrante nodal incomum, Coumel, via anômala no Ebstein.
- 3 - Flutter Atrial com bloqueio A-V 2:1 Fixo.

Tipos - Preferências.

Verapamil (10 mg + 10 ml de soro) EV, 5 minutos	Tipo 1 e 3
Adenosina (de 8 a 12 mg) EV bolus	Tipo 1
Cedilanide (0,8 mg diluído) EV em 5 minutos.	Tipo 1 e 3
Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.	Tipo 1, 2, 3 e 4.

Tipo 2 - TPSV - Mediada por via anômala do tipo KENT.

- Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.
- Procainamida (1 g) EV em 5 minutos.

TAQUICARDIA COM RR IRREGULAR E QRS ESTREITO. FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA)

INTRODUÇÃO:

- No momento a FA está sob intensa investigação clínica e eletrofisiológica.
- É a arritmia mais frequente na prática clínica e nas salas de emergência.
- Sua prevalência aumenta significativamente com a idade chegando a atingir 10% da população entre a 7ª e a 8ª décadas de vida.

SINTOMAS:

- Estão relacionados:
- Elevação da resposta ventricular
 - Comprometimento hemodinâmico.

É a desordem do ritmo cardíaco que mais comumente provoca acidentes Tromboembólicos Sistêmicos.

ABORDAGEM:

Classificação:



- 1 - A duração dos episódios é menor ou igual a 7 dias (a maioria < 24 hs)
- 2 - Duração maior que 7 dias.
- 3 - Cardioversão mal sucedida ou não realizada.
- 4 - FA paroxística ou persistente pode ser recidivante.

ADENDO:

Existem várias classificações para a FA

Classificação baseada na relevância clínica.

FA

PAROXÍSTICA	Resolução Espontânea.
PERSISTENTE	Resolução Não Espontânea.
PERMANENTE	Longa duração (mais de 1 ano), em que a cardioversão não foi realizada ou não houve manutenção do ritmo sinusal .

Classificação em relação a duração da arritmia.

FA de início recente \longrightarrow FA que se instalou com menos de 48 hs.
 FA com mais de 48 hs e/ou tempo indeterminado.

TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA. FA DE INÍCIO RECENTE.



OBS.: Os pacientes que apresentam com FA < 48hs, mas são portadores de fatores de risco para fenômenos tromboembólicos como: Valvulopatia Mitral; Próteses valvares, disfunção ventricular esquerda com FE < 40% ou passado de tromboembolismo, devem primeiramente ser anticoagulados da tentativa de reversão.

DROGAS USADAS PARA REVERSÃO A RITMO SINUSAL:	
PROPAFENONA	1 a 2mg / kg / 10 min.. – Pode repetir 30 min. Após a 1ª dose.
PROPAFENONA	450 mg V.O 4 / 4hs ou 600 mg V.O 12 / 12 hs.
SOTALOL	80mg V.O 2 x dia
AMIODARONA	150 mg em 10 min. 360 mg em 6 horas. 540 mg em 18 horas.

FA > 48h OU TEMPO INDETERMINADO.
FA Paroxística ou FA Permanente.

CONTROLE DA FC.



DROGAS*

OBS.:

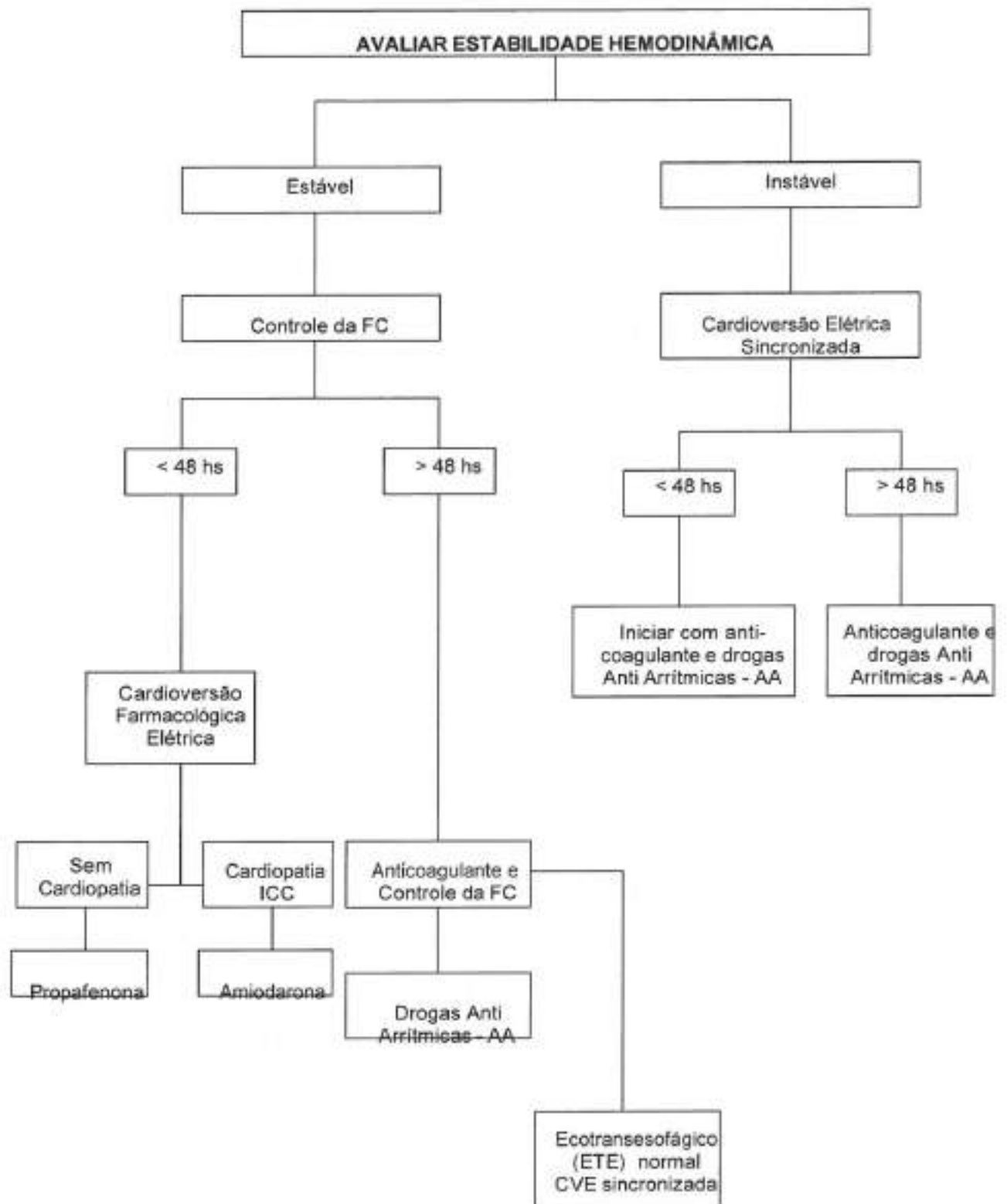
Pacientes com disfunção ventricular - Usar Amiodarona.
Pacientes sem disfunção ventricular – Usar como 1ª escolha – Diltiazem.

DROGAS QUE PODEM SER UTILIZADAS PARA CONTROLE DA FC (Controle da Frequência Ventricular).	
CEDILANIDE	0,04 mg IV, bolus.
ESMOLOL	(10 mg / ml) – 0,5 mg / kg 1 min e dripping de 0,05mg / kg / min.
METOPROLOL	(1mg / ml) - 5mg IV lento em intervalos de 5min. Até 15mg.
DILTIAZEM	(5 mg / ml) – 0,25 mg / kg (15 a 20 mg IV – 2 min.), repetir 15 min. após 0,35 mg / kg.
VERAPAMIL	(2,5 mg / ml) – 2,5 a 5,0 mg IV - 2 min., repetir 5 a 10 mg / 15 a 30 min. ou 5mg / 15 min.

Objetivos do Tratamento de FA.

Controle da FC;
Restauração e manutenção do Ritmo Sinusal;
Prevenção de Recorrências;
Prevenção de tromboembolismo.

TRATAMENTO DE PACIENTES COM FA

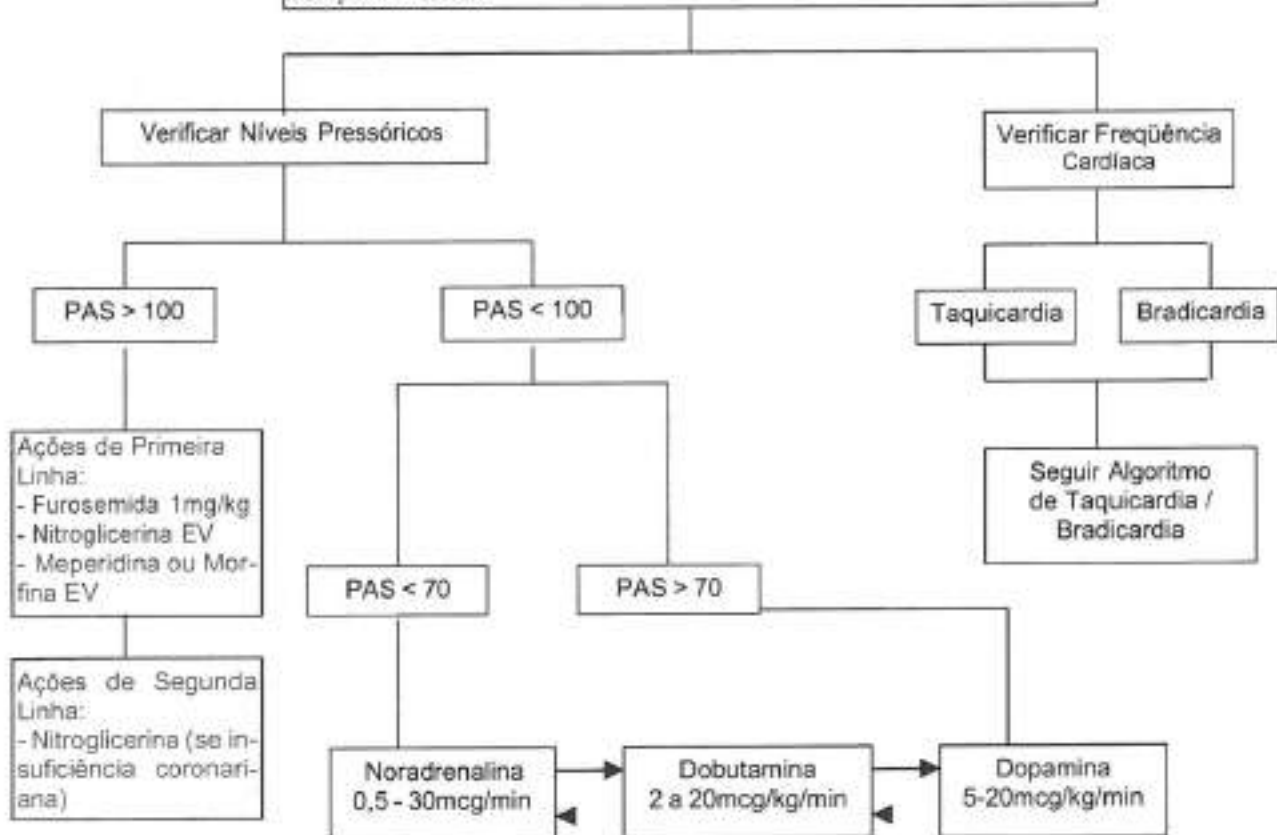


Tratamento Clínico

CMPE = Cintilografia miocárdica de perfusão
DAC = Doença Arterial Coronária

EDEMA AGUDO DE PULMÃO

Avaliar ABC, assegurar vias aéreas, administrar oxigênio (cateter de O₂, Máscara de Venturi e intubação se PaO₂ < 60mmHg), se possível, oferecer suporte ventilatório com Pressão Positiva (vide aspectos da ventilação mecânica).
Obter acesso venoso.
Monitorização, Oximetria, Obter história clínica, exame físico e exames complementares.



OBS.:

- Mude para DOPAMINA e suspenda NORADRENALINA quando a PA melhorar.
 - Se DOPAMINA > 20mcg/kg/min - adicionar NORADRENALINA.
 - Investigar causa de EAP para tratamento adequado como angioplastia no caso de IAM, heparinização se causa for TEP.
- Tratar taquiarritmias seguindo algoritmo adequado.
Se Taquicardia – cardioversão elétrica ou química. (Exceto taquicardia sinusal).
Se Bradicardia – avaliar uso de marcapasso provisório.

EXAMES A SEREM REALIZADOS:

- ECG, rad. de tórax no leito, gasometria, enzimas cardíacas, função renal, eletrólitos, hemograma.
- Em caso de não melhora dos sintomas, parada Cardiorrespiratória, proceder intubação Orotraqueal e transferir para UTI (após realização de medidas cabíveis para transferir com segurança).
- Observar critérios para intubação Orotraqueal.
- Se FA com frequência ventricular elevada usar Cedilanide.

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: Quando há risco de vida em potencial e deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução imediata da PA em minutos.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: Quando há risco de vida em potencial e é mais remoto a deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução mais lenta da PA em 24hs

OBS:

PSEUDO-CRISE HIPERTENSIVA: Elevação acentuada da PA, sem sinais de deteriorização de órgão-alvo, geralmente desencadeada por dor, desconforto, ansiedade, etc.

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:

1) H.A.Maligna (Acelerada):

Meta: redução da PAD para níveis de 100 – 110 mmHg em 2 a 6 hs.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. 0,25 mcg – 10 mcg (infusão contínua) 50 – 100mg (1 a 2 ampolas) em SG 250ml.

2) Encefalopatia Hipertensiva:

Meta: redução da PAD a níveis de 120 mmHg em hipertensos crônicos.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

3) Hemorragia Intracerebral:

Meta: redução da PAS a 160 – 140 mmHg, não excedendo.

Intervir quando PAS > 170 mmHg.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

4) Hemorragia Subaracnóidea:

Meta: redução de 20% - 25% da PAS (cuidado com a redução da PA pois a elevação pode ser devida a vasoespasm cerebral – Reflexo de Cushing em pacientes normotensos).

Tratamento: Nitroprussiato de Sódio.

5) Dissecção Aguda da Aorta:

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg, ou seja, o máximo tolerável.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. Beta bloqueador injetável: metoprolol 5mg EV repetir a cada 10 min, até um total de 20 mg. Propanolol 1 – 3 mg EV; repetir após 20 min.

6) ICC com EAP:

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Diuréticos de Alça venoso: Furosemide 20 a 60 mg EV

Nitroglicerina EV 5 – 100 mcg/min., 50 mg (01 ampola em 500 ml de AD ou SG 5%) em frasco de vidro + morfina.

7) IAM:

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Nitroglicerina ou nitroprussiato de Na. Betabloqueador venoso. (Vide acima).

8) Insuficiência Renal rapidamente progressiva:

Meta e Tratamento: Nitroprussiato de Na.

9) Crises Adrenérgica graves e uso de drogas ilícitas (cocaina, crack, LSD):

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg se for tolerado.

Tratamento: Nitroprussiato de na, Propanolol ou Metoprolol (vide acima) Verapamil 5 – 10 mg EV lento.

10) Eclampsia:

Meta: redução da PAD quando ultrapassar 100 mmHg.

Tratamento: Hidralazina venosa, 10 – 20 mg EV ou 10 – 40 mg IM cada 6h, Sulfato de Mg por 24 hs (de acordo com avaliação obstétrica).

11) H.A. Perioperatória:

Meta: redução de 20% - 25% da PAM.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:

1) H.A. ACELERADA SEM PAPIEDEMA:

Tratamento: IECA, Inibidor de Ca (Nifedipina fracionada)

Captopril 25 mg SL, repetir após 1 hora

Nifedipina 5 a 10 mg SL fracionada.

2) ICO:

Tratamento: Betabloqueador, IECA.

Propranolol 40 mg VO ou metoprolol 50 mg VO.

Captopril 25 mg VO ou SL.

3) ICC:

Tratamento: Diuréticos, IECA,

Furosemide 40 a 80 mg EV

Captopril 25mg VO ou SL, Nifedipina 5 a 10 mg fracionada.

4) ANEURISMA DE AORTA:

Tratamento: Betabloqueador, IECA.

Propranolol 40 mg VO ou metoprolol 50 mg VO.

5) AVCI NÃO COMPLICADO:

Meta: Intervir quando PAS > 190 mmHg ou PAD > 110 mmHg.

Tratamento: Captopril 25 mg VO ou SL.

6) CRISES RENAIIS:

Tratamento: Clonidina, IECA (cuidado com hiper-reninismo podendo ocorrer diminuição acentuada da PA).

Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO até 0,6 mg, Captopril 25 mg VO ou SL.

7) PERIOPERATÓRIO:

Tratamento: IECA, Clonidina, betabloqueador.

Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40mg VO

Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

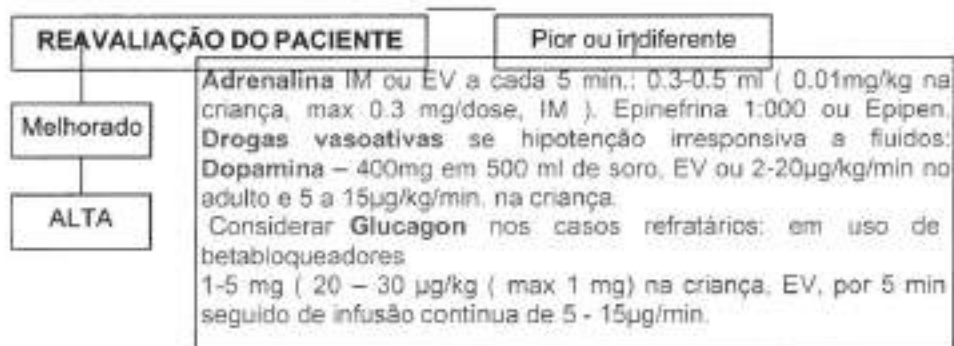
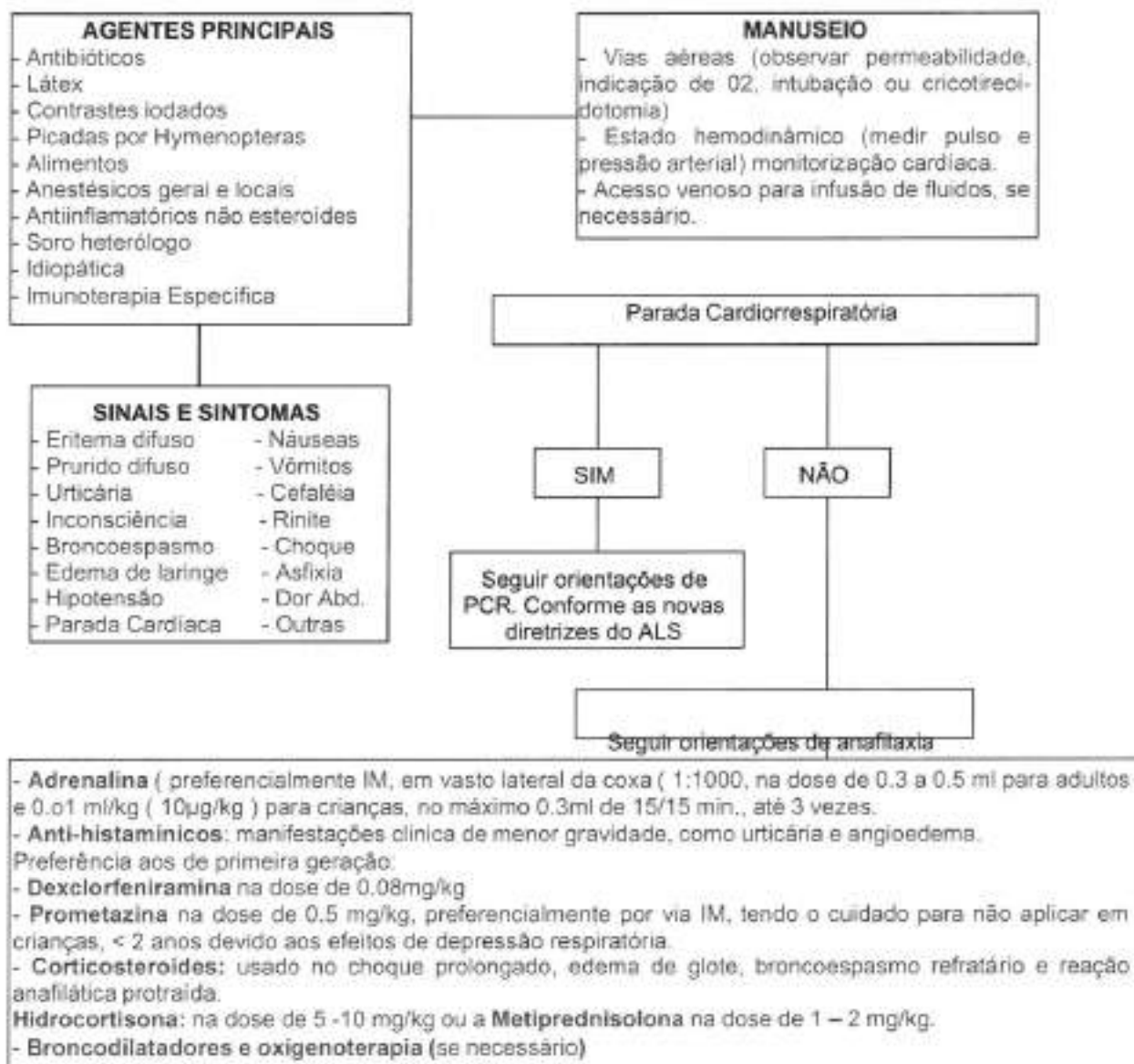
8) CRISES ADRENÉRGICAS MODERADAS:

Tratamento: IECA, Clonidina.

Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40 mg VO

Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

ANAFILAXIA



ASMA

CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DA CRISE DE ASMA EM ADULTOS E CRIANÇAS:

ACHADO *	LEVE/MODERADA	GRAVE	MUITO GRAVE
Pico de fluxo (% melhor ou previsto)	>50%	30-50%	<30%
Gerais	Normais	Normais	Cianose, sudorese exaustão.
Dispnéia	Ausente/leve	Moderada	Grave
Fala	Frases completas	Frases incompletas/parciais. Lactente choro curto, dificuldade de alimentar	Frases curtas/monossilábicas Lactente: maior dificuldade de alimentar
Estado mental	Normal	Normal	Agitação, confusão, sonolência.
Musculatura acessória	Retração intercostal ausente ou leve	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
Sibilos	Ausentes com MV normal/localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV↓, localizados ou difusos.
Frequência Respiratória (irpm)**	Normal ou ↑	↑	↑
Frequência Cardíaca (bpm)	≤ 110	110-140	>140 ou bradicardia
SaO ₂ (ar ambiente)	> 95%	91-95%	≤ 90%
PaO ₂ (ar ambiente)	Normal	60 mmHg	< 60mmHg
PaCO ₂ (ar ambiente)	< 40 mmHg	< 40 mmHg	>45 mmHg

*A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indicam a classificação geral da crise.

**FR em crianças normais: < 2 meses: <60 irpm; 2-11 meses: <50 irpm;

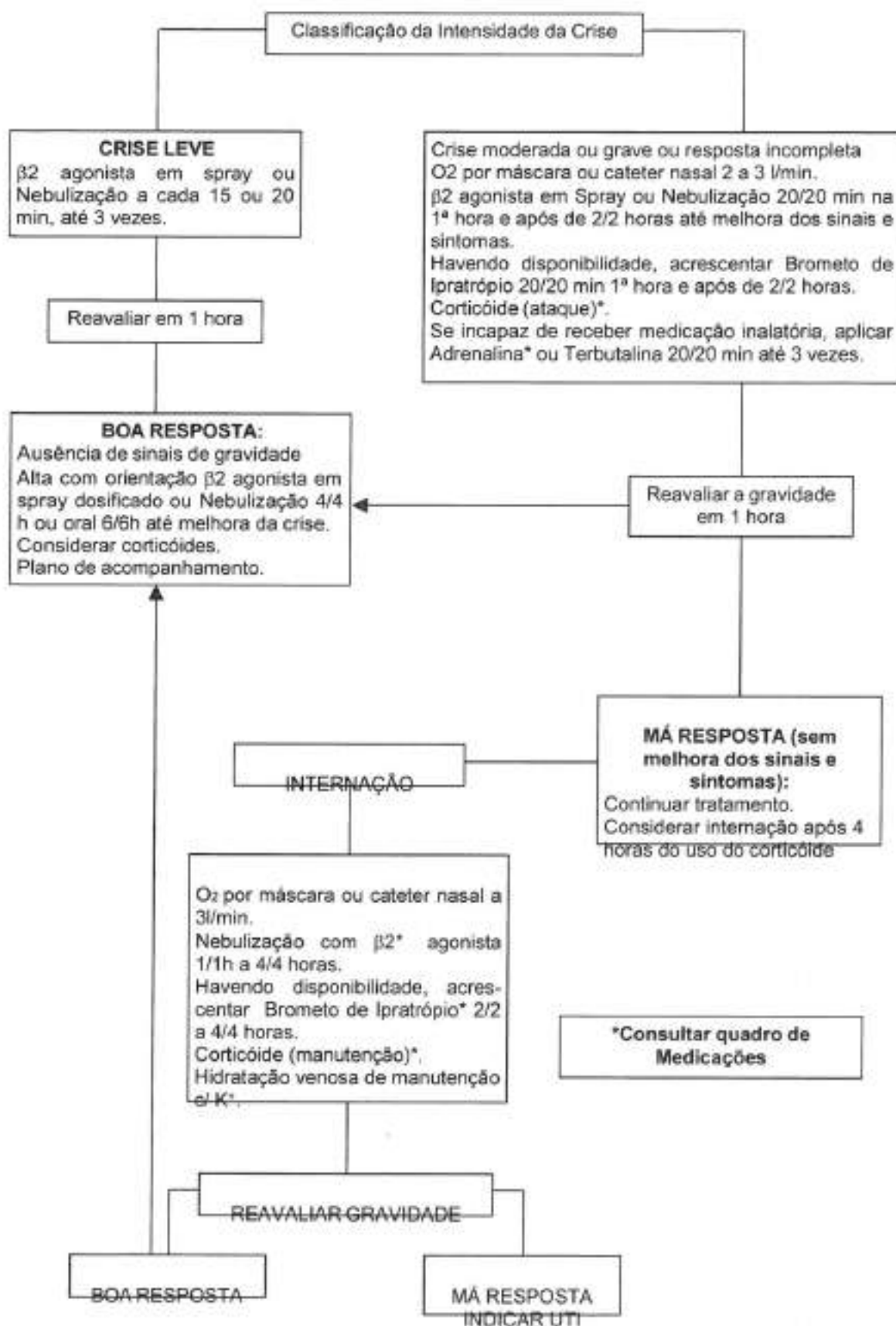
1 a 5 anos: <40 irpm; 6 a 8 anos: < 30 irpm

> 8 anos = adulto

Exames complementares:

1. Gasometria (sinais de gravidade, PFE < 30% após tratamento ou SaO₂ ≤ 93%)
2. Radiografia do tórax (possibilidade de pneumotórax, pneumonia ou necessidade de internação por crise grave);
3. Hemograma (suspeita de infecção. Neutrófilos aumentam quatro horas após o uso de corticosteróides sistêmicos);
4. Eletrólitos (coexistência com doenças cardiovasculares, uso de diurético ou de altas doses de β₂ agonistas, especialmente se associados a xantinas e corticosteróides)

MANEJO DA CRISE DE ASMA



INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO NA UTI:

$\text{PaCO}_2 > 40 \text{ mmHg}$

$\text{PO}_2 < 60 \text{ mmHg}$

Saturação $\text{O}_2 < 90 \text{ mmHg}$ em $\text{FiO}_2 > 60 \%$

Plora dos parâmetros clínicos: dificuldade em falar, uso intenso da musculatura acessória, exaustão, cianose e inconsciência

Pico de fluxo $< 30\%$ do basal

Acidose metabólica

Pulso Paradoxal $> 18 \text{ mmHg}$ (adolescente) e $> 10 \text{ mmHg}$ (criança)

Pneumotórax/ Pneumomediastino

Alteração do ECG

NA UTI:

Terapias não convencionais: Magnésio EV, Mistura de gases oxigênio e hélio, Quetamina e Anestésicos por inalação



Características de pacientes asmáticos de alto risco:

Três ou mais visitas à emergência ou duas ou mais hospitalizações por asma nos últimos 12 meses;
Uso freqüente de corticosteróide sistêmico;
Crise grave prévia, necessitando de intubação;
Uso de dois ou mais tubos de aerossol dosimetrado de broncodilatador/mês
Problemas psicossociais (ex: depressão);
Co-morbidades – doença cardiovascular ou psiquiátrica;
Asma lábil, com marcadas variações de função pulmonar (> 30% do PFE ou do VEF previstos);
Má percepção do grau de obstrução.

Recomendações Importantes:

Utilizar O₂ a 3 l/min sob cateter nasal, quando Sat. = 95%

Dar preferência ao uso do β₂ agonista por via inalatória. O efeito por nebulização a jato é o mesmo que obtido por aerossol dosimetrado com espaçador, mesmo em casos de crise muito grave e pode resultar em reversão mais rápida da obstrução.

Brometo de Ipratrópio associar na nebulização ao β₂ agonista, quando crise grave

Corticóide oral ou parenteral tem efeito equivalente, portanto dar preferência à via oral. Prescrever a via parenteral a pacientes incapazes de deglutir. Os corticóides sistêmicos devem ser utilizados precocemente na emergência.

Não sedar.

Aminofilina: Não tem indicação como tratamento inicial. Em pacientes muito graves, hospitalizados, poderá ser considerada como tratamento adjuvante.

Uso de corticóide em casa, por 5 a 10 dias, em pacientes com história de:

- Asma corticóide-dependente.
- Duração da crise > 6 horas.
- Crises severas anteriores.
- Insuficiência respiratória durante crise anterior ou nesta crise.
- Internações anteriores.
- Ausência de resposta à Adrenalina ou a nebulizações.

MEDICAÇÕES DA ASMA:

MEDICAMENTOS	CRIANÇAS	ADULTOS
β ₂ -agonista: Spray Dosimetrado	200 a 300 µg/dose, limite de dose: FC>120 bpm, tremores e arritmias, a cada 20 minutos, até 1 hora + aerocâmara.	400 a 500g ,até 800 mg/dose até 15/15 minutos ou 1 jato/minuto + espaçador de grande
Nebulizador de jato: Adicionar soro fisiológico 3 a 5 ml e O ₂ 6 l/min, com máscara bem adaptada à face	0,1 a 0,15 mg/Kg/dose mínimo: 5 gotas máximo:5 mg/dose (20 gotas)	2,5 mg a 5 mg (10 a 20 gotas/dose)
Solução	Contínua: 5 mg/Kg/h (máx.10 mg/h).	
Comprimido	0,6mg/ mg/kg/dia 6/6 h (1 ml/kg/dia) (máximo = 2mg = 5ml/dose)	1 cp (2mg) 6/6 horas
Endovenoso	Ataque:10 mcg/kg em 30 minutos Manutenção: 0,3mcg/Kg/min*	Ataque: 250 mcg em 10 minutos Manutenção: 3 a 20 mcg/min**
Anti-colinérgico: Brometo de Ipratrópio	250-500mcg/dose (20 a 40 gotas)	250 - 500 mcg/dose (20 a 40 gotas)

Corticóides Sistêmicos Hidrocortisona EV Dose de Ataque Dose de Manutenção	20 mg/Kg/dose 20 mg/Kg/dia 6/6 h	200 mg /dose 200 mg 6/6 h
Metilprednisolona EV Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/ Kg/dose 1 a 2 mg/ Kg/dia 6/6 h	40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg 6/6 h
Prednisona ou Prednisolona Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/Kg até 40 mg/dia 1 a 2 mg/ Kg/dia 1 a 2 x / dia	1 a 2 mg/ Kg até 40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg/dia
Aminofilina (amp. 24mg/ml) Dose de Ataque Dose de Manutenção	Infusão contínua: 1 a 6 meses= 0,5 mg/kg/h 6 m a 1 ano = 1 mg/kg/h 1 a 9 anos = 1,5 mg/kg/h 10 a 16 anos = 1,2 mg/kg/h	5-6mg, se não usou nas últimas 24h (50% desta nos demais). Depuração: Normal - 0,6 mg/Kg/hora Aumentada- 0,9 mg/Kg/hora Reduzida- 0,3 mg/Kg/hora
Adrenalina (1:1000) SC ou IM	0,01 ml/kg/dose, de 20/20 min, até 3 doses (máx. 0,3 ml/dose)	

*Aumentar 0,1 mcg/Kg a cada 30 min até melhora clínica ou queda da PaCO₂ (dose máxima 8 mcg/Kg/min).
Reduzir taxa de infusão se ocorrer queda da PaCO₂ > 10 mmHg, FC>200 bpm, arritmia cardíaca ou hipotensão.
Iniciar desmame após 12 horas de uso de taxa de infusão considerada ótima, melhora clínica, PaCO₂ < 40 mmHg.
Reintroduzir β₂ agonista sob nebulização.

** Ajustar de acordo com a resposta e FC

Solução 10 ampolas em 500 ml de S.F.- (10 mcg/ml) 1 ampola = 500mcg/ml

Erros e Deficiências mais comuns nas Emergências.:

- Uso de mucolíticos ou fluidificantes VO ou inalados.
- Uso de dexametasona via inalatória.
- Nebulização com álcool ou vodka ou água destilada.
- Tapotagem.
- Percepção inadequada da gravidade da crise por parte do paciente e/ou médico.
- História e exames físicos inadequados
- Hiperhidratação.
- Falta de reposição de potássio.
- Uso de aminofilina como tratamento central.
- Demora ou não indicação de corticosteróides.
- Antibióticos de rotina.
- Uso de sedativos.
- Falta de suplementação de oxigênio.
- Alta precoce do pronto-socorro ou hospital.
- Falta de intensificação no tratamento após a alta.
- Não informar ao paciente ou responsável sobre o diagnóstico adequado da Crise de Asma usando termos como Bronquite ou Chiado no peito;
- Falta de medidas funcionais para avaliação da gravidade e da resposta ao tratamento;
- Uso incorreto de medicações
- Entregar a receita sem o total entendimento do uso da medicação;
- Não fazer a Classificação da Gravidade da Asma e encaminhamento inadequado aos Centros de Referência do Programa de Asma

"A crise de asma é como um incêndio: quanto mais cedo se apaga, menores as perdas e danos e menos água se gasta."

ANGINAS

Processo Inflamatório Infeccioso, de origem local ou geral, da Mucosa Faringea.

SINAIS E SINTOMAS
Hipertermia
Disfagia
Aumento e Hiperemia das Amígdalas Palatinas
Linfadenopatia Cervical Anterior (sim ou não)

EXAMES COMPLEMENTARES
Orocultura c/ antibiograma
Sorologia p/ mononucleose

CLASSIFICAÇÃO

FARINGITE DIFUSA

Coriza 2 a 3 dias
Febre baixa
Mal estar geral
Adenopatia

MONONUCLEOSE

Sonolência
Adenopatia importante
Infecção Difusa do Faringe

ABCESSO PERIAMIGDALIANO

Odinofagia
evolução de 3 a 7 dias
Trismo
Sialorréia
Edema e desvio de Úvula

CANDIDÍASE

Eritema Difuso
Placas esbranquiçadas sobre
Mucosa Hiperemiada
Paciente Imunodeprimido

AMIGDALITE AGUDA

Hipertermia
Adenopatia

TRATAMENTO DE ANGINAS

CANDIDÍASE

Ambulatorial
Nistatina
Sintomáticos

MONONUCLEOSE

Ambulatorial
Sintomáticos

FARINGITE DIFUSA

Ambulatorial
Sintomáticos

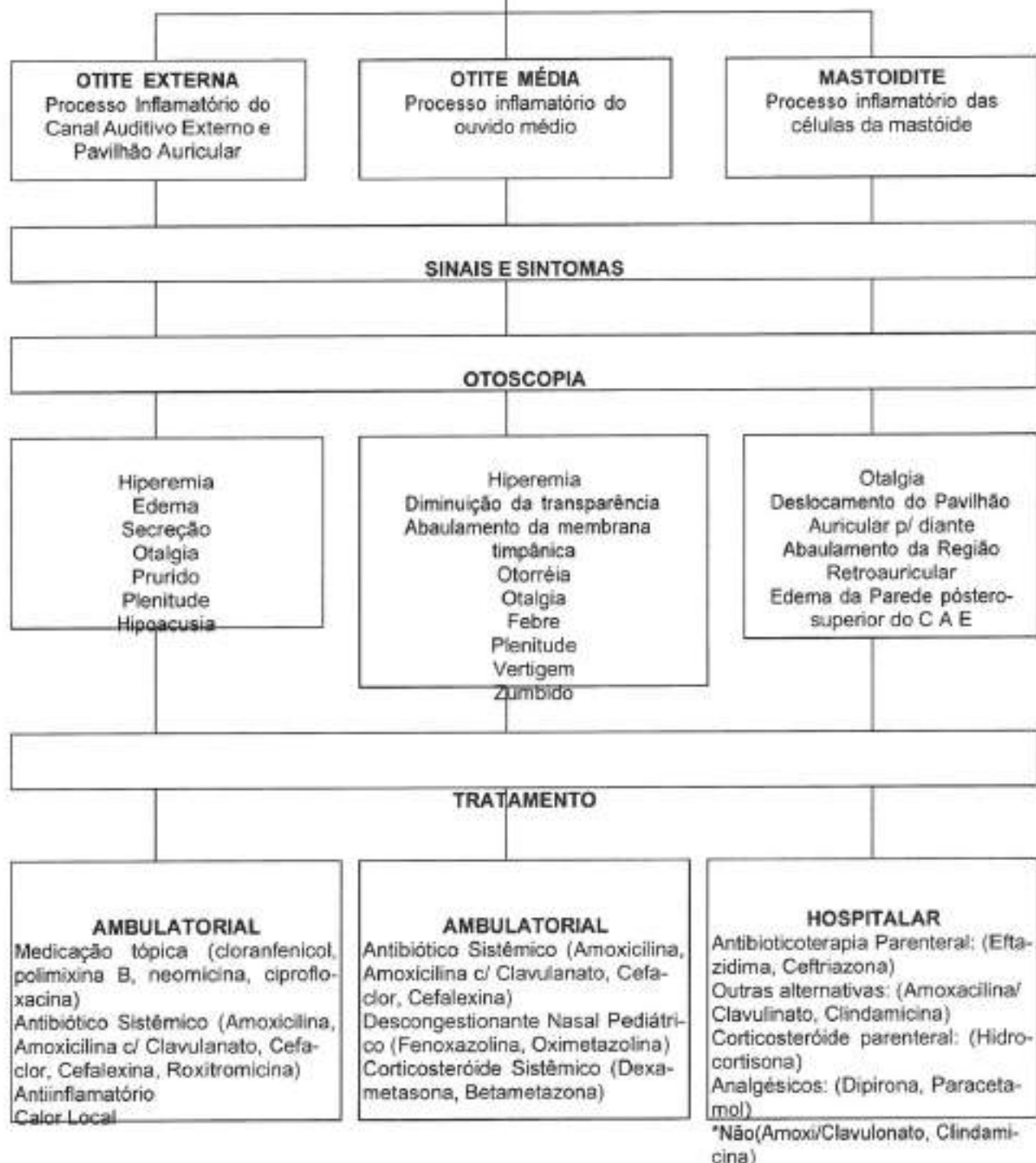
AMIGDALITE

Ambulatorial
Antibióticos:
Amoxi c/ clavulanato
Cefaclor
Lincomicina
Sintomáticos

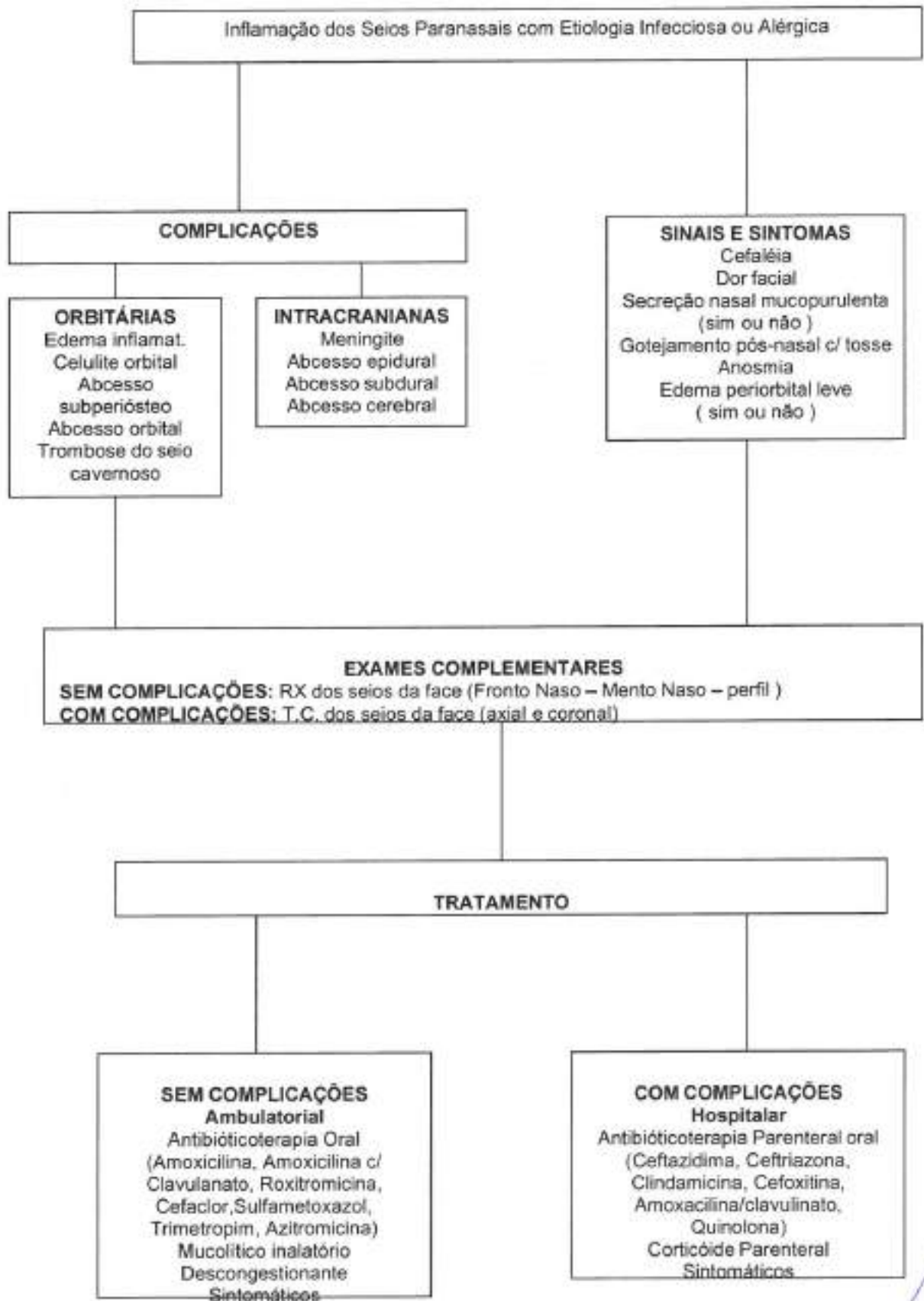
ABCESSO PERI-AMIGDALIANO

Hospitalar
Antibióticoterapia parenteral:
Amoxi c/ clavulanato
Cefaclor
Clindamicina
Sintomáticos

OTALGIAS



SINUSITE



SURDEZ SÚBITA

FATORES PREDISPONENTES

Barotraumas
Anestesia Geral
Doenças Vestibulares
Gravidez
Viroses
Distúrbios Endocrinológicos
Distúrbios Hematogênicos
Esforço físico
Doenças do Colágeno
Manobra de Valsalva
Espirros Violentos

EXAMES LABORATORIAIS

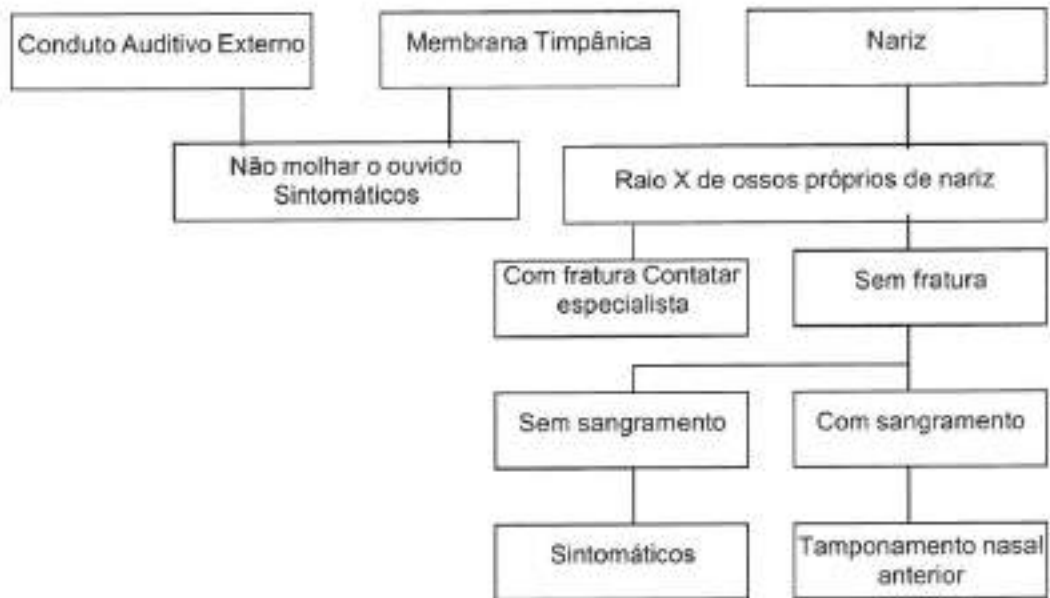
Audiometria + impedânciometria
Avaliação Hematológica
Reações Sorológicas
Lipidograma
Curva Glicêmica
TC de Crânio
RM de Meato Acústico Interno

TRATAMENTO

Pentoxifilina 400mg de 12/12h ou de 8/8h
Prednisolona 1mg/kg/dia
Aciclovir 200mg 4/4h
Vasodilatador
(Flunarizina 10mg – 8/8h V.O.)
Corticosteróide
(Dexametazona 02mg – 6/6h E.V.)
Dextran40
(500mg + solução glicosada a 0,5% 12/12h E.V.)
Tratamento de causas especificamente identificadas

INTERNAMENTO

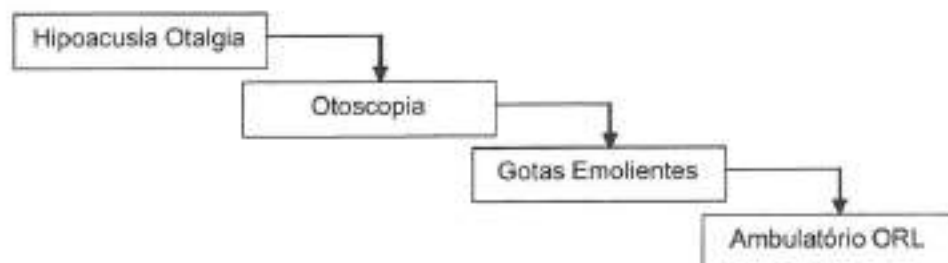
TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA



CORPOESTRANHO

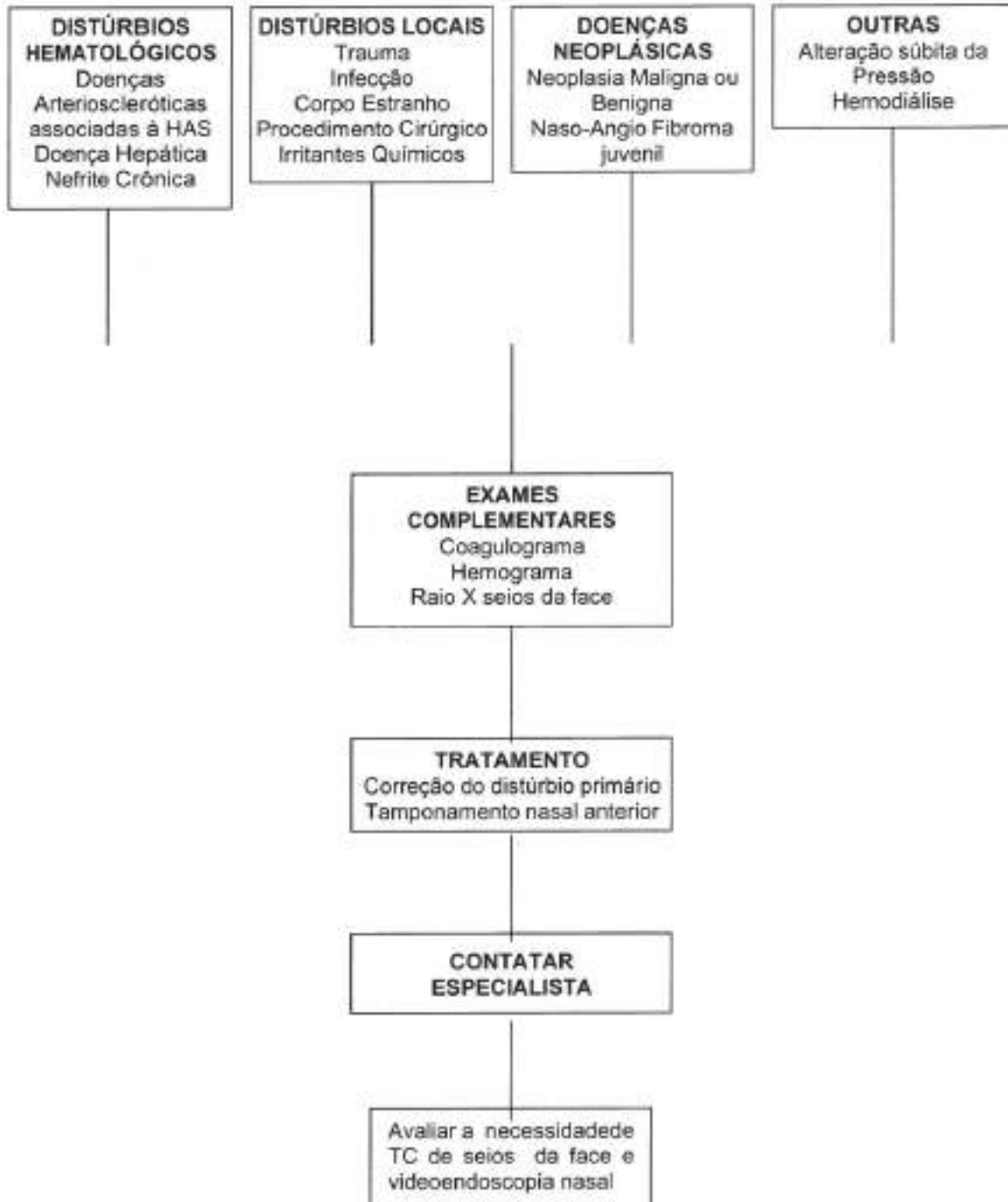


ROLHA CERUMINOSA



Handwritten signature

EPISTAXE



OBS.:

Tamponamento Nasal Anterior.

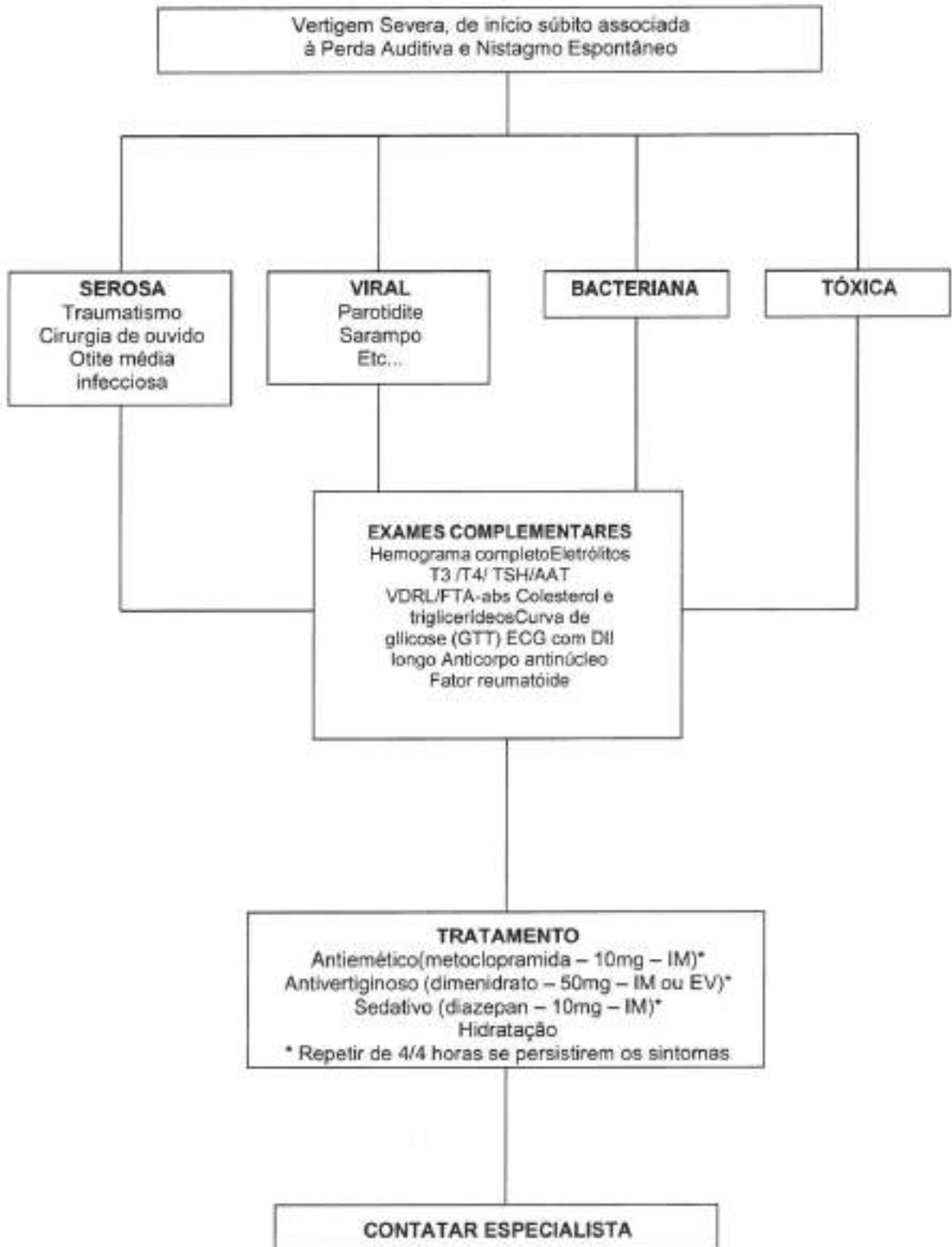
Introduzir na Fossa Nasal, com auxílio de uma pinça longa, gaze hidrófila ou gaze 4 aberta longitudinalmente embebida em substância lubrificante, entre o corneto médio e o septo nasal. Continua-se introduzindo a gaze em toda a extensão da fossa nasal à maneira do pregueamento de uma sanfona

Tamponamento Nasal Posterior (Especialista)

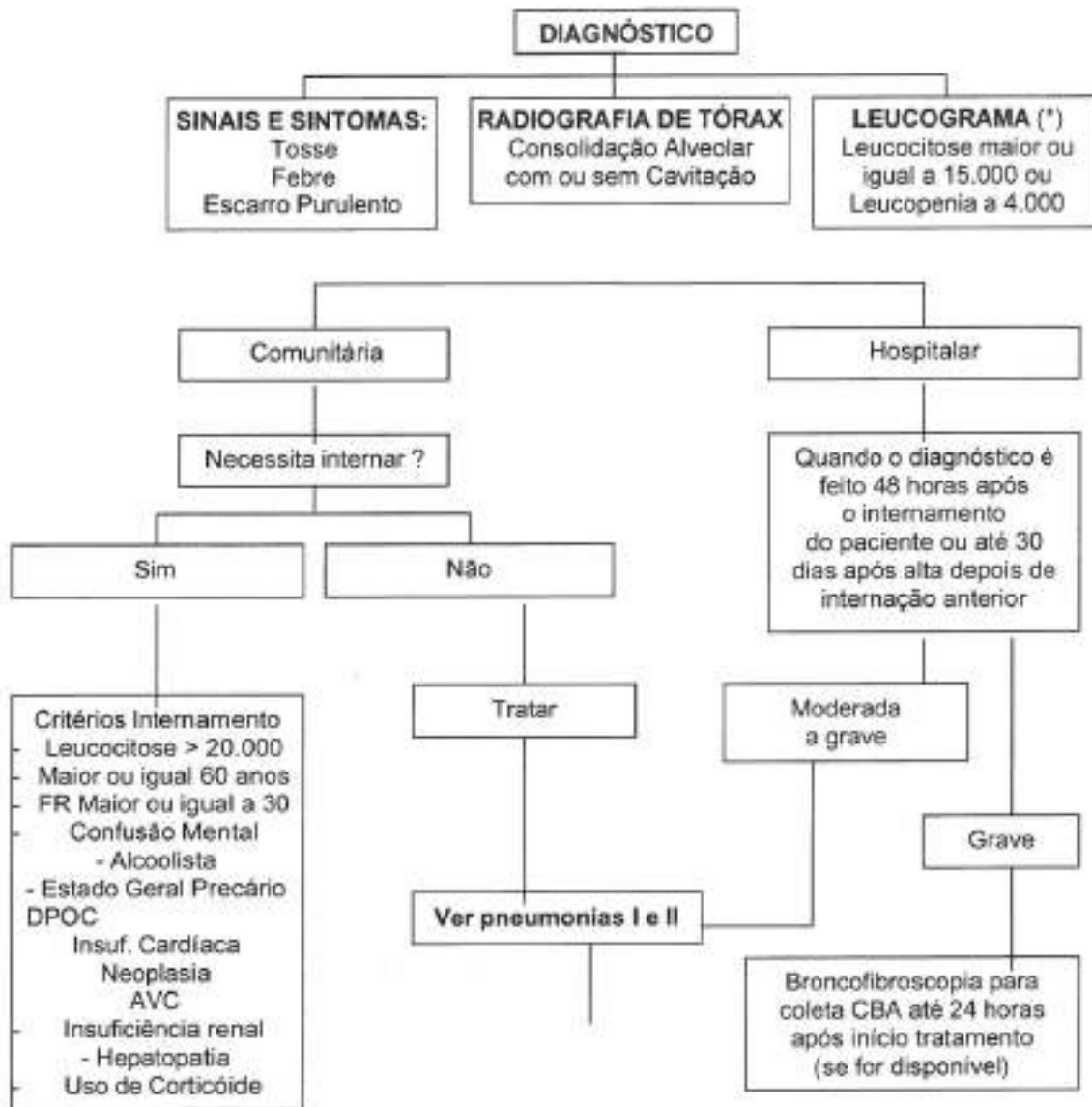
Material utilizado: Caixa de Otorrino (PA), Fotóforo (Marocel - 2 unidades - C. Cirúrgico)

R

LABIRINTITE AGUDA



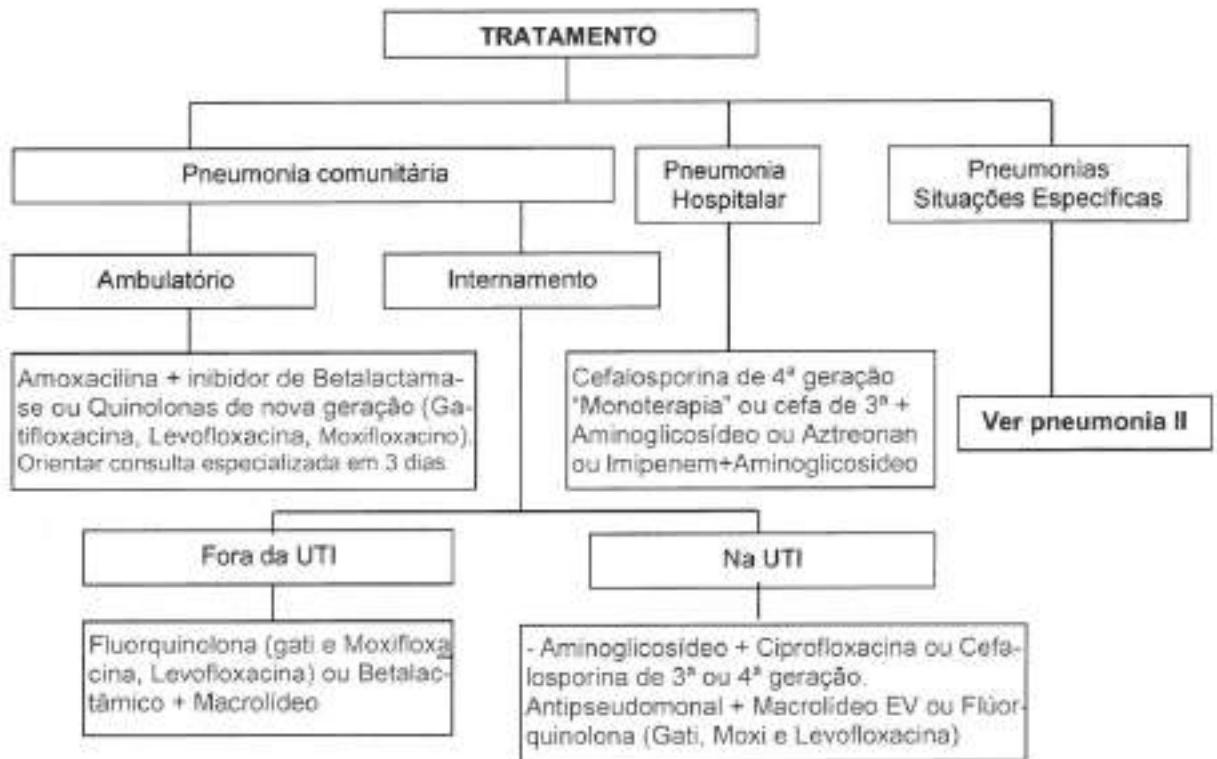
PNEUMONIAS (PN)



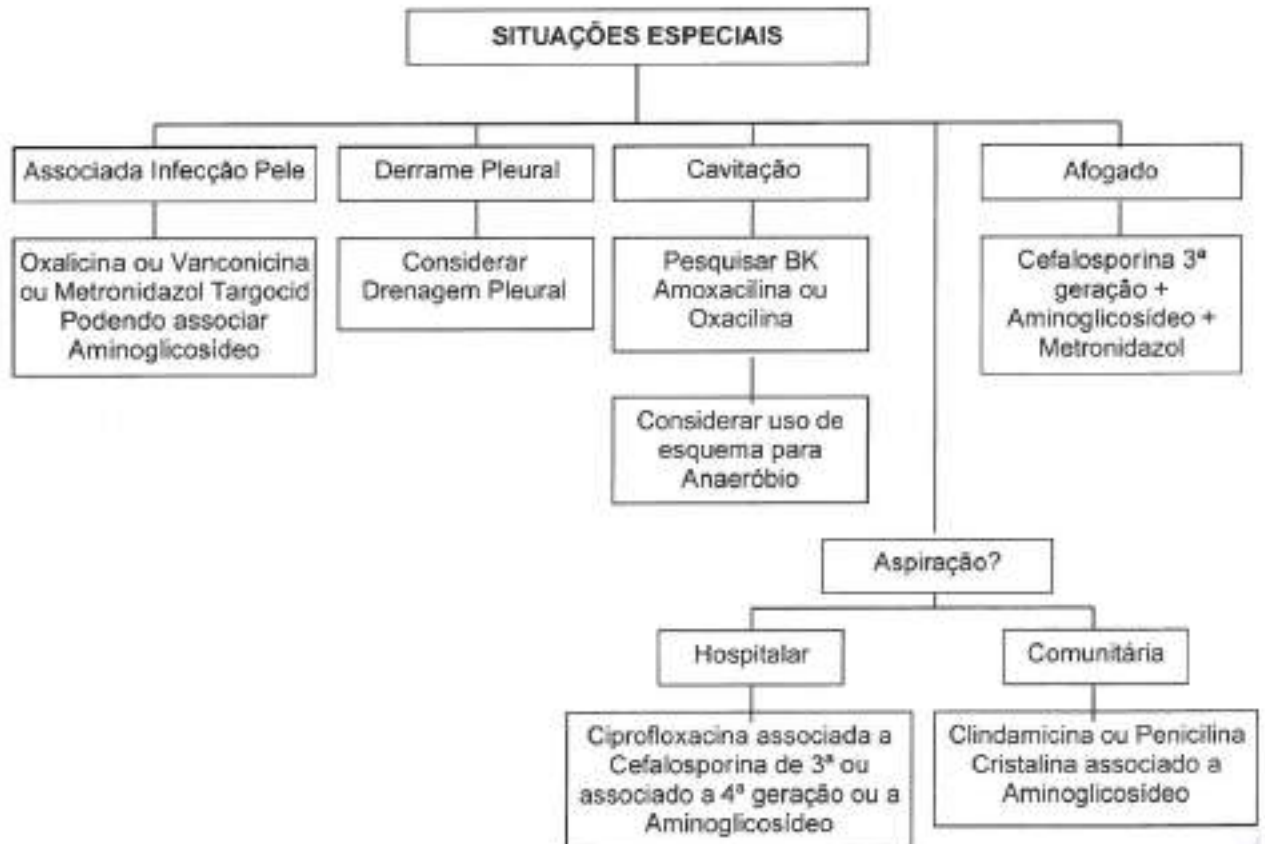
*Leucograma pode ser normal quando o patógeno for um agente atípico.

A Radiografia do tórax deve ser em PA e perfil.

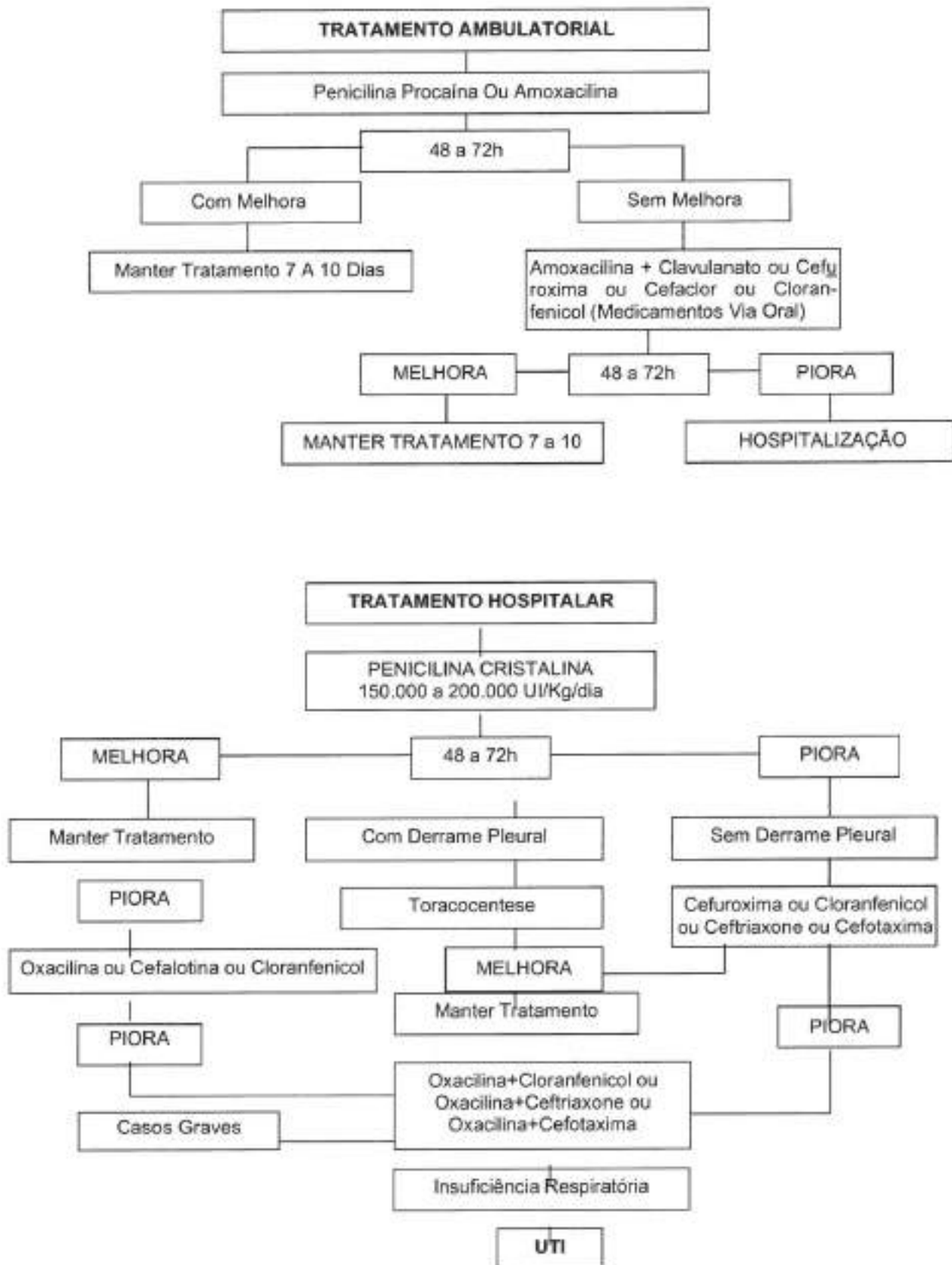
PNEUMONIAS - I



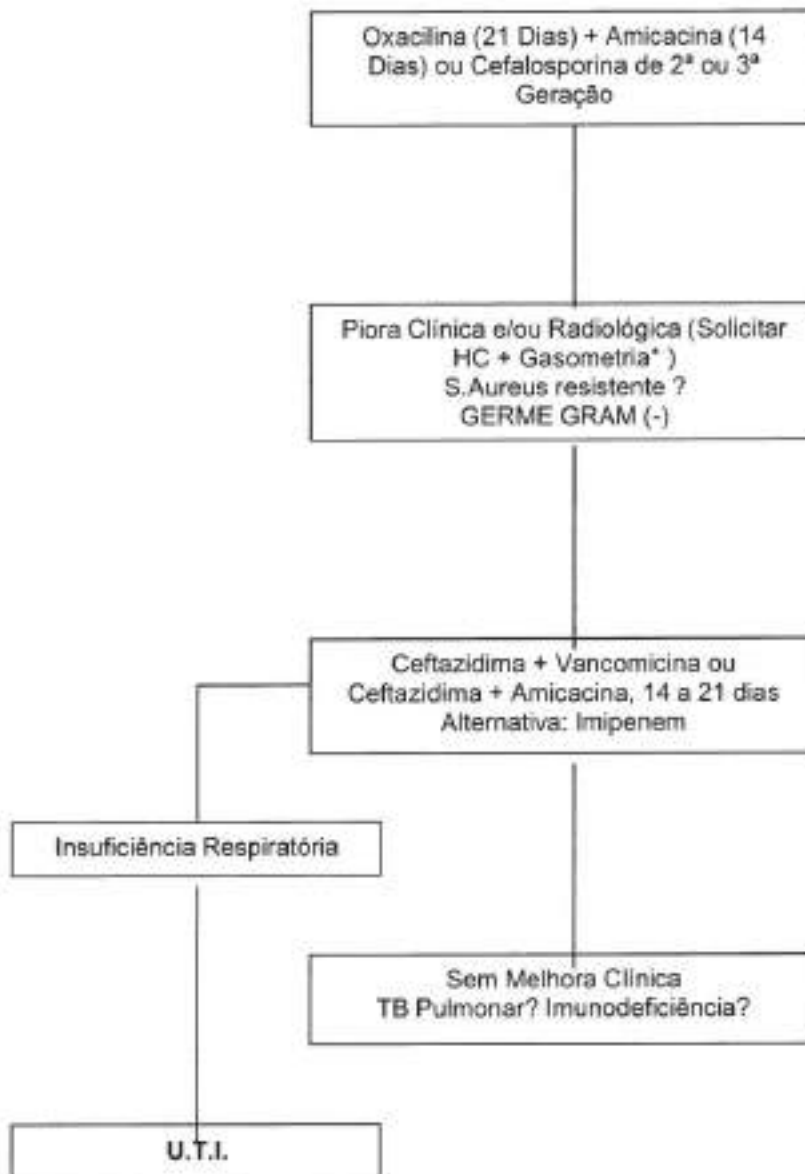
PNEUMONIAS - II



PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES

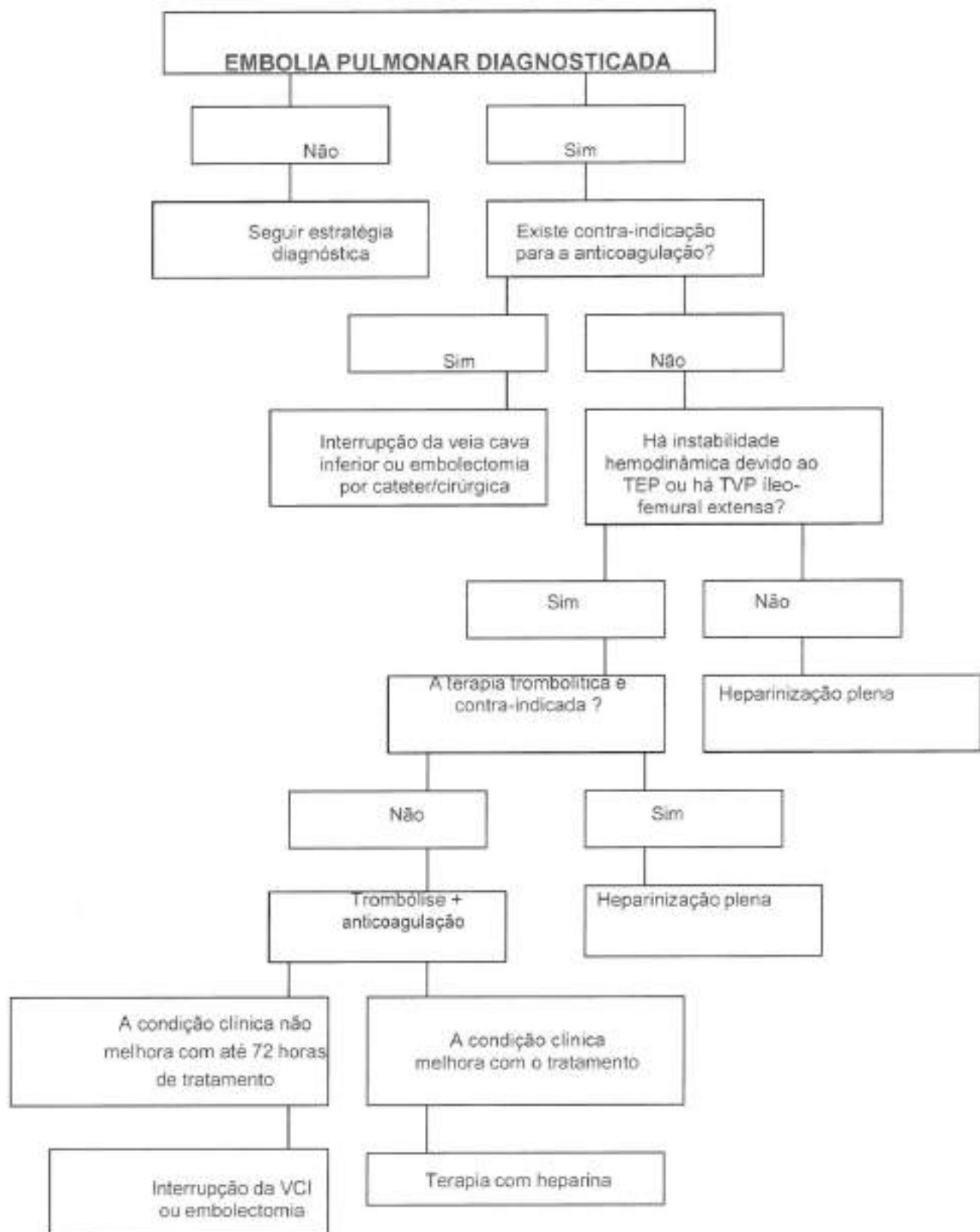


PNEUMONIA HOSPITALAR

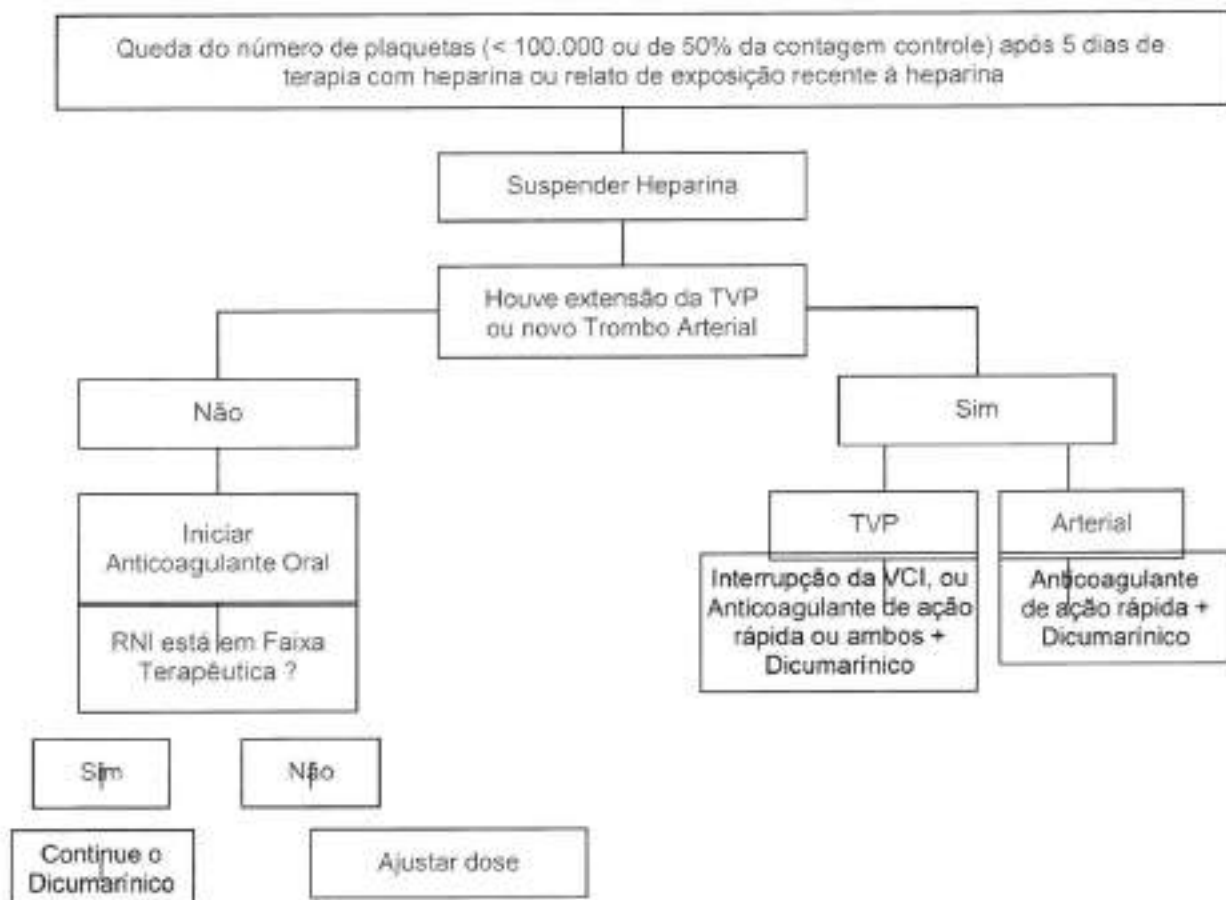


* Gasometria com sinais de Insuficiência Respiratória - Indicar U.T.I.

TERAPÊUTICA PARA A EMBOLIA PULMONAR



MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA



TROMBÓLISE NO TEP - INDICAÇÕES

Instabilidade Hemodinâmica.

Disfunção Sistólica de VD.

TEP Maciço.

TEP com Cardiopatia e Pneumopatia prévias.

TEP com diminuição de Perfusão em 1 lobo ou Múltiplos Segmentos Pulmonares.

OBS.:

1 - Heparina deve ser suspensa 6 horas antes da trombólise.

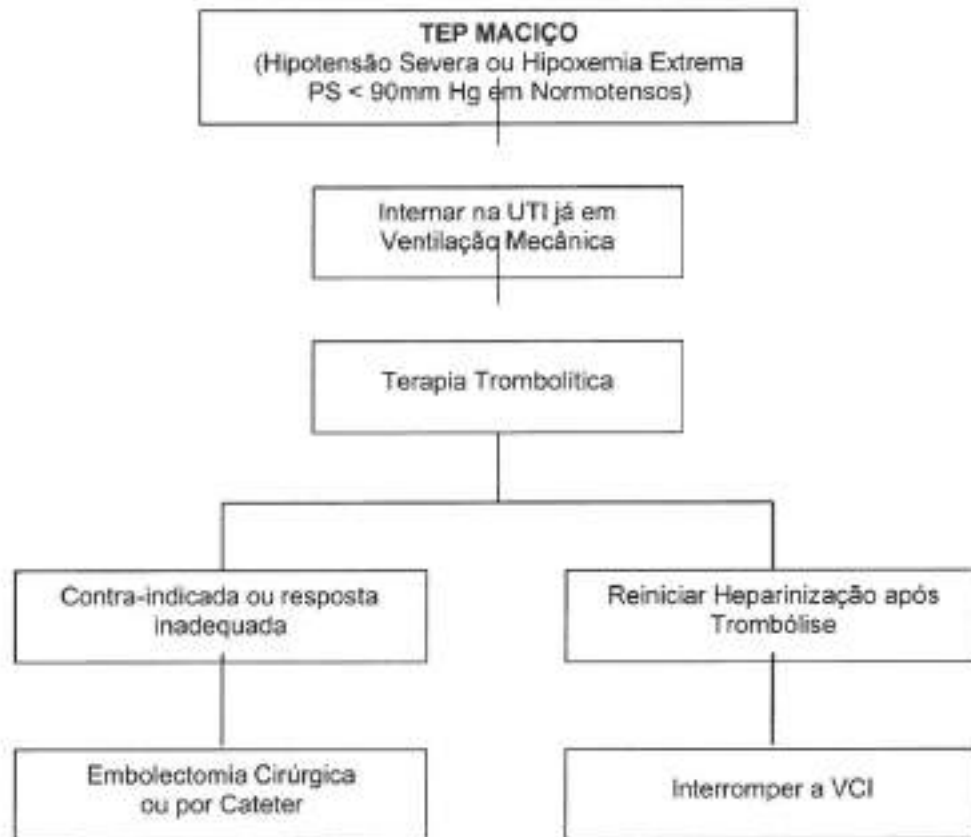
2 - A Heparina será reiniciada quando TTPa \leq 80seg ou após 12 horas da Trombólise.

3 - Idade e câncer não são contra-indicações à Trombólise.

4 - A Trombólise pode ser realizada em até 14 dias do diagnóstico, preferencialmente no período diurno.

5 - A Angiografia deve ser feita ou no MSE ou por Punção Femoral, abaixo do ligamento inguinal.

ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO (TEP)

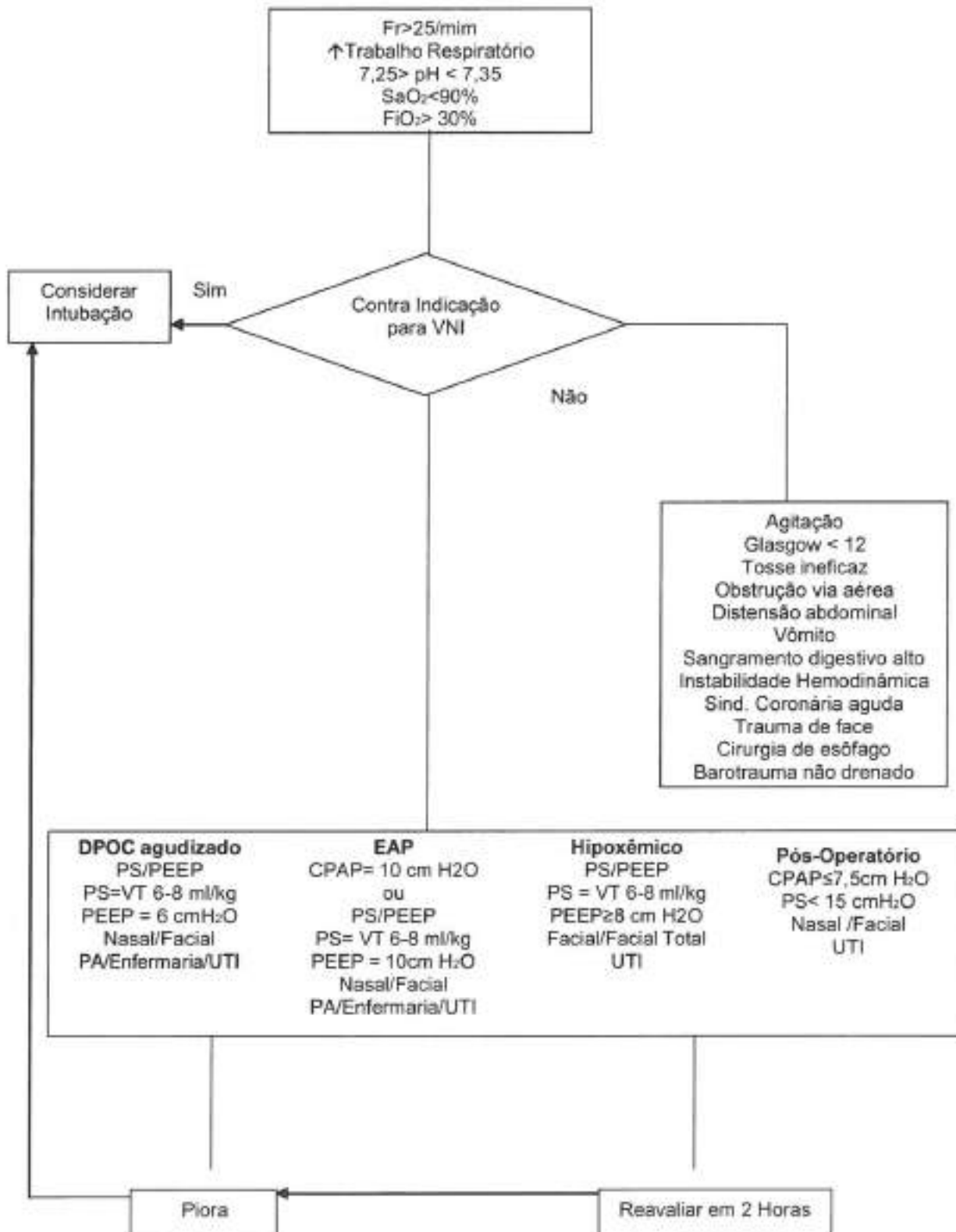


PARA AJUSTE DA INFUSÃO DE HEPARINA

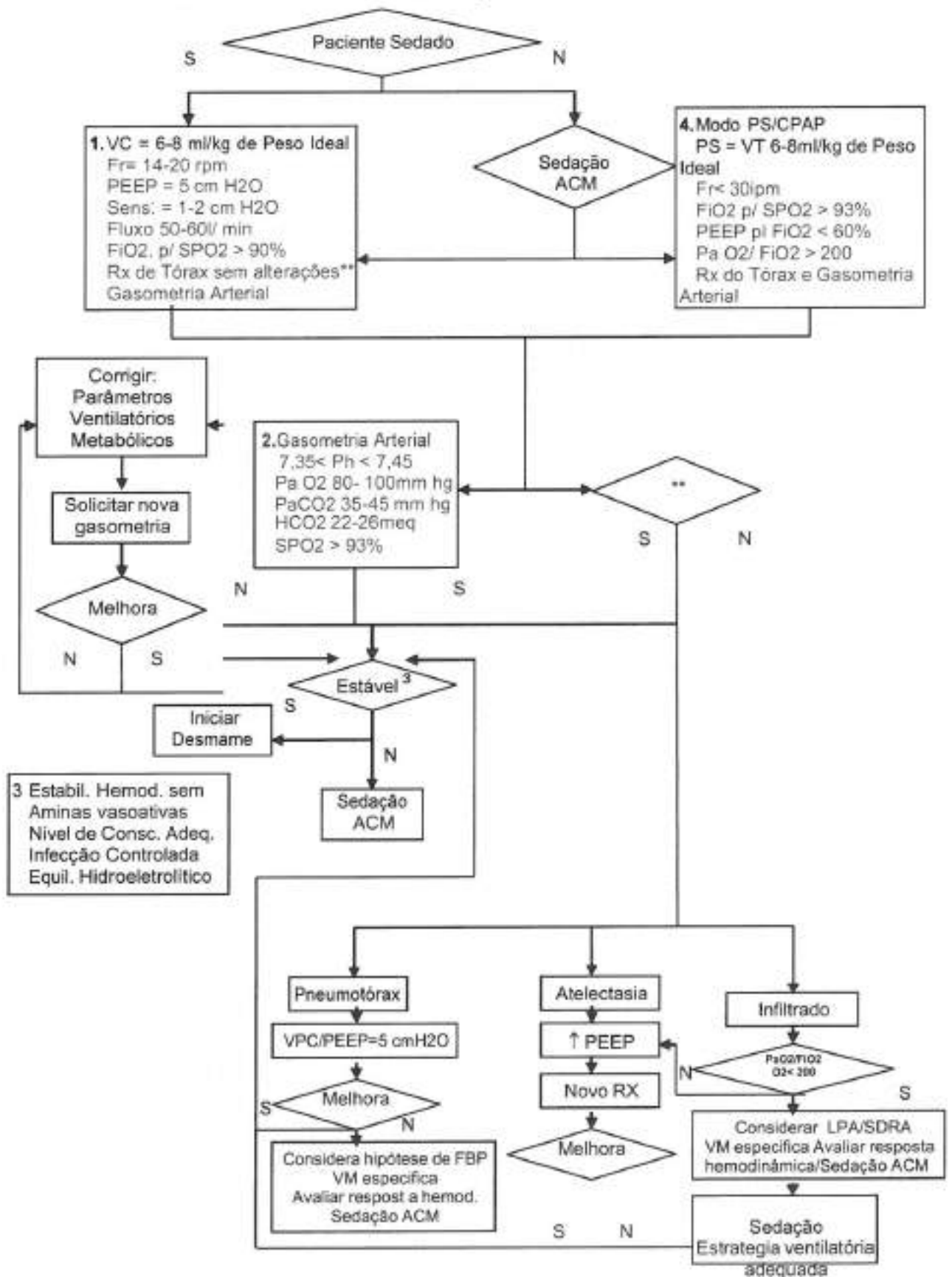
TTPa	REPETIR BOLUS	PARAR INFUSÃO (Min)	VELOCIDADE DE INFUSÃO ml/h	PRÓXIMO TTPa
< 50	5.000 UI	0	0 + 2	6h
50 - 59	0	0	0 + 3	6h
60 - 85	0	0	0	Próxima manhã
86 - 95	0	0	0 - 2	Próxima manhã
96 - 120	0	30	30 - 2	6h
> 120	0	60	60 - 4	6h

TVP TEP ou com TEP maior sem Heparina 5000 UI em bolus + 1000 a 1500 UI/h/24hs (solução 32.000)
Dose 80mg Kg IV bolus

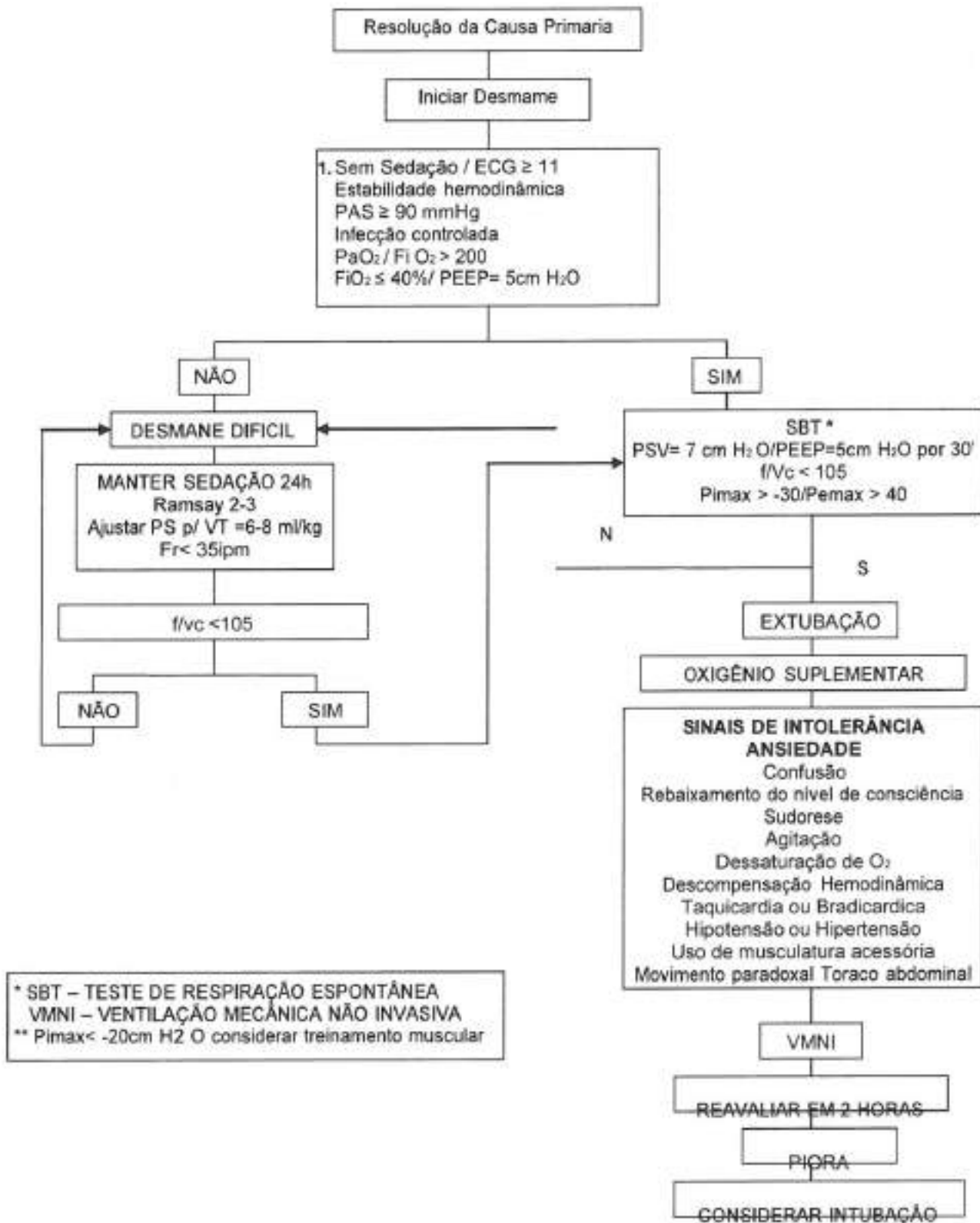
ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO



ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO

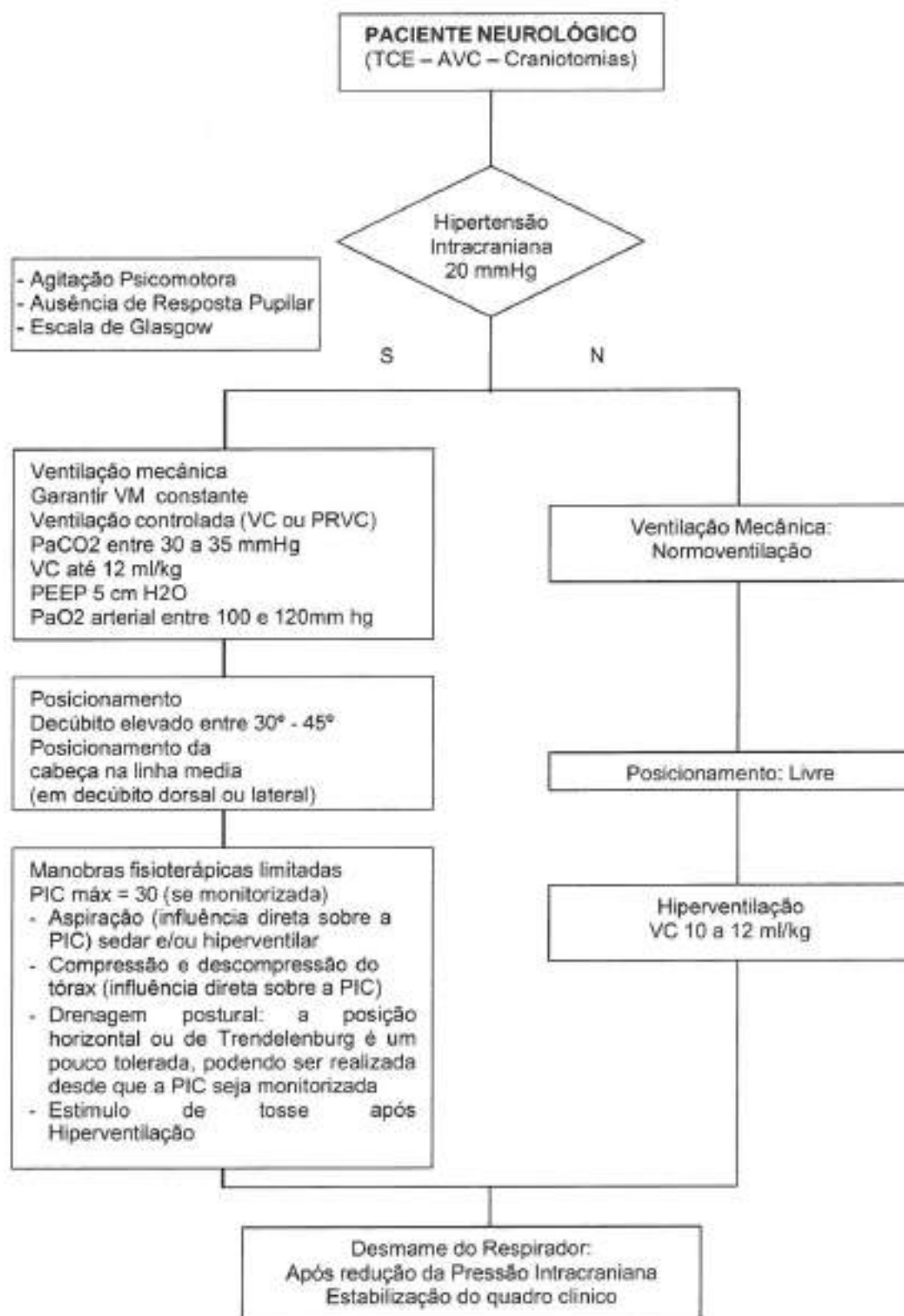


DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

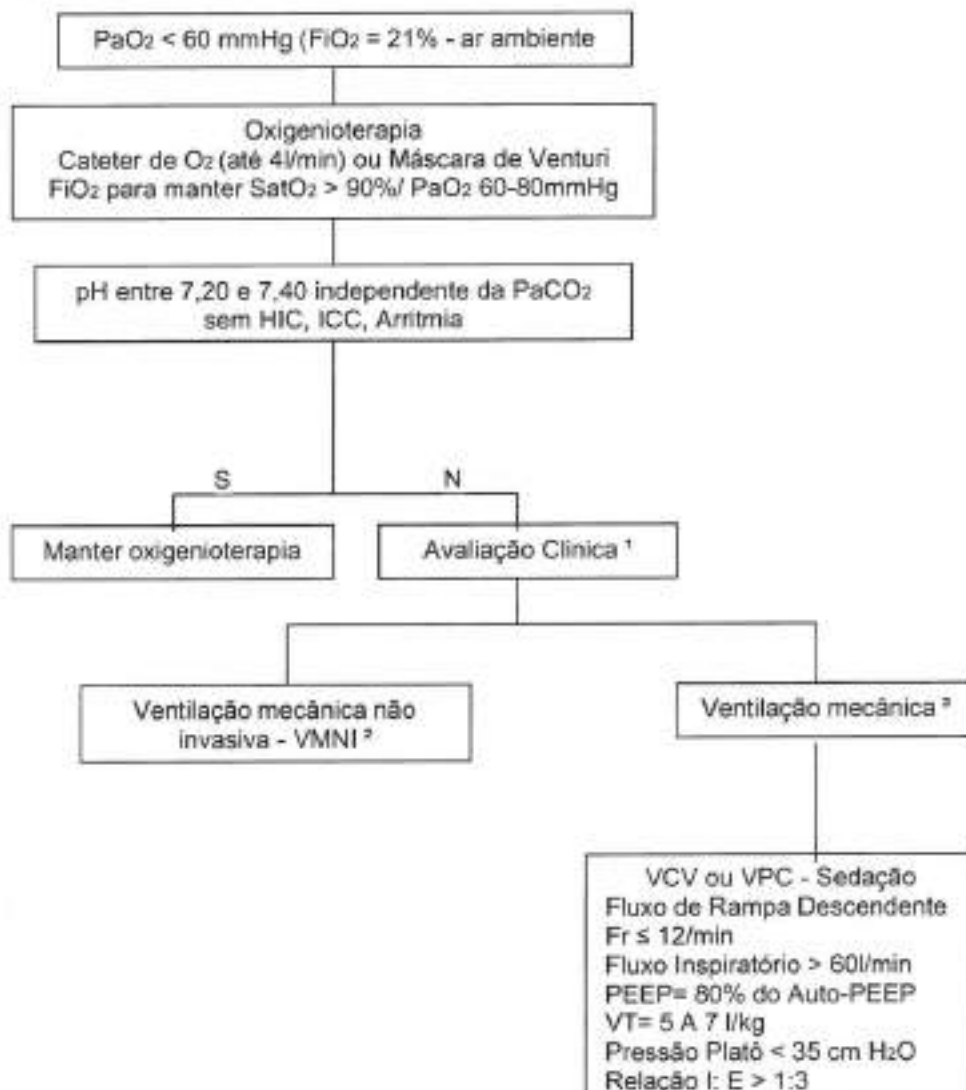


Handwritten signature

VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO



VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA



1 Avaliação Clínica

Nível de consciência do paciente
Padrão Respiratório
Instabilidade Hemodinâmica

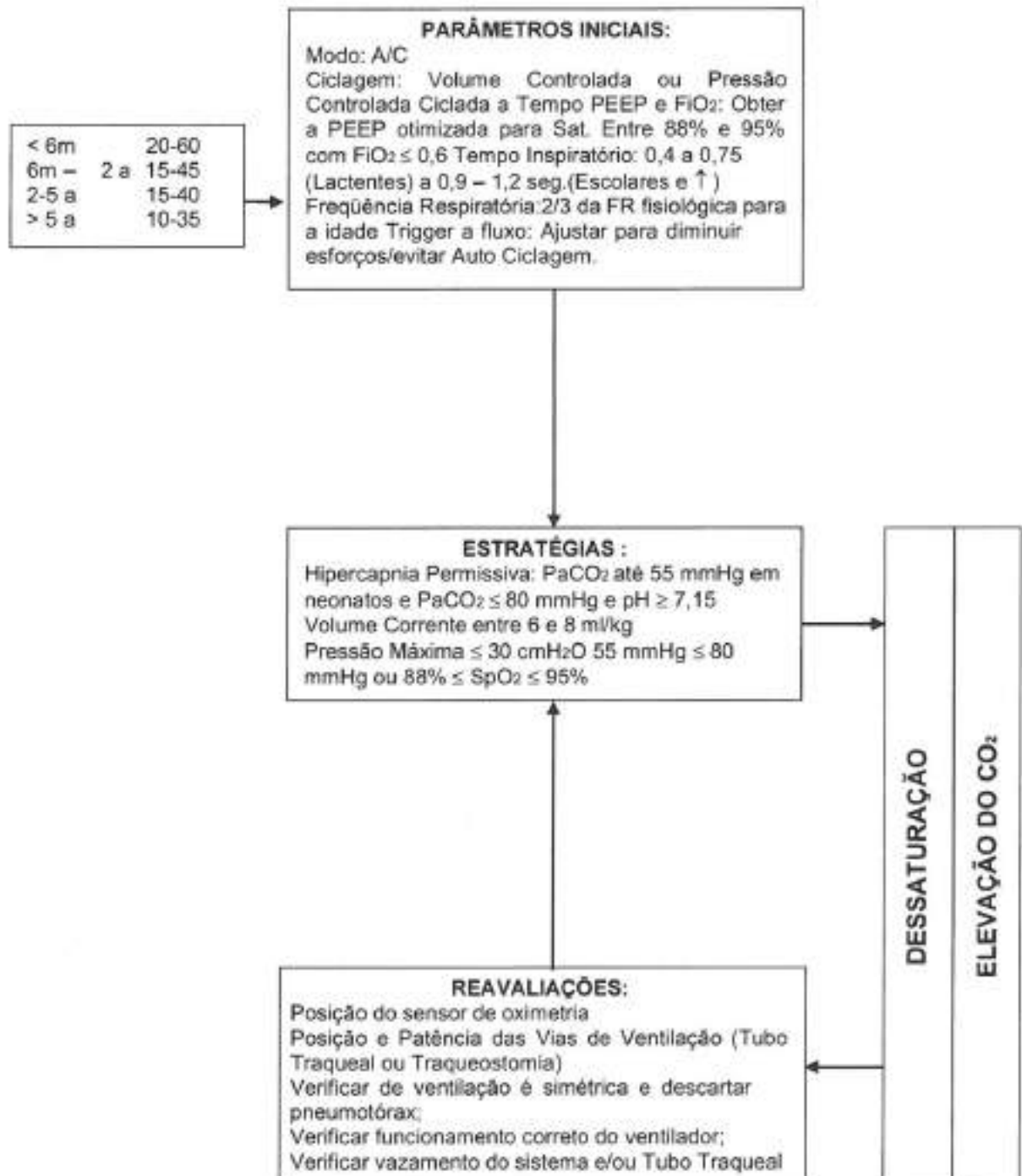
2 Critérios para utilização de VMNI

Paciente colaborativo
Desconforto respiratório com Dispneia moderada a severa / $Fr < 35$
Utilização de Musculatura Acessória
Estabilidade Hemodinâmica
Nível de consc. rebaixado por Hipercapnia sem instabilidade Hemodinâmica

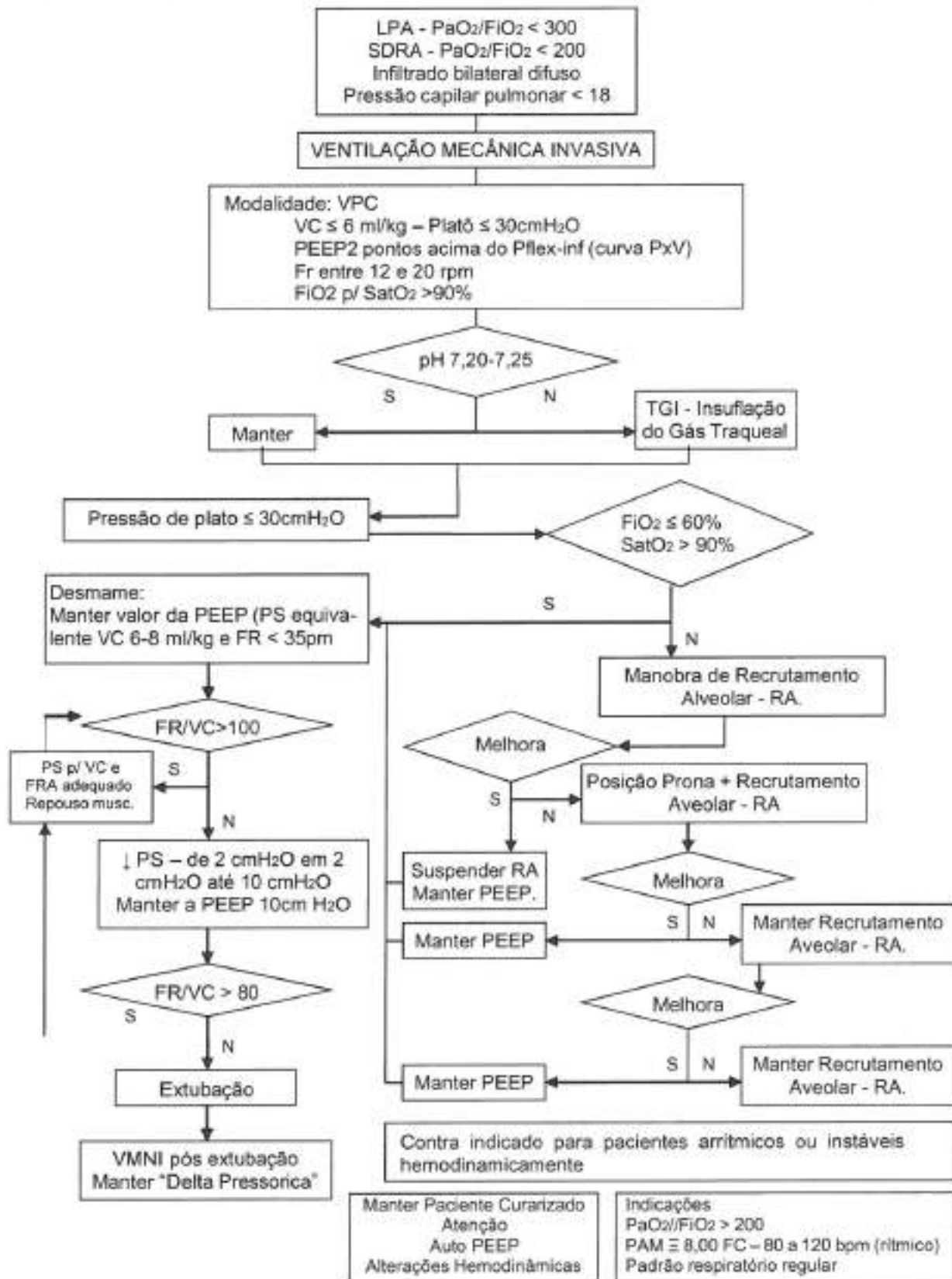
3 Critérios para IOT

Glasgow ≤ 8 , agitação, não colaborativo com VMNI
PCR
Instabilidade Hemodinâmica
Hipersecreção Pulmonar

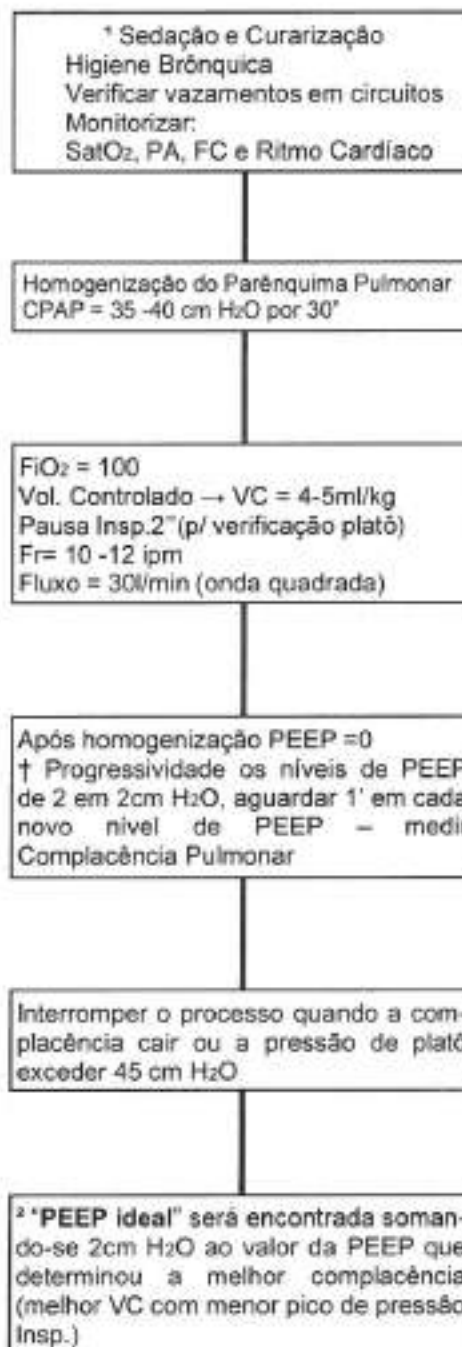
VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SDRA E CHOQUE SÉPTICO



VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO PULMONAR AGUDA (LPA) SÍNDROME DE DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO ADULTO (SDRA)



CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO

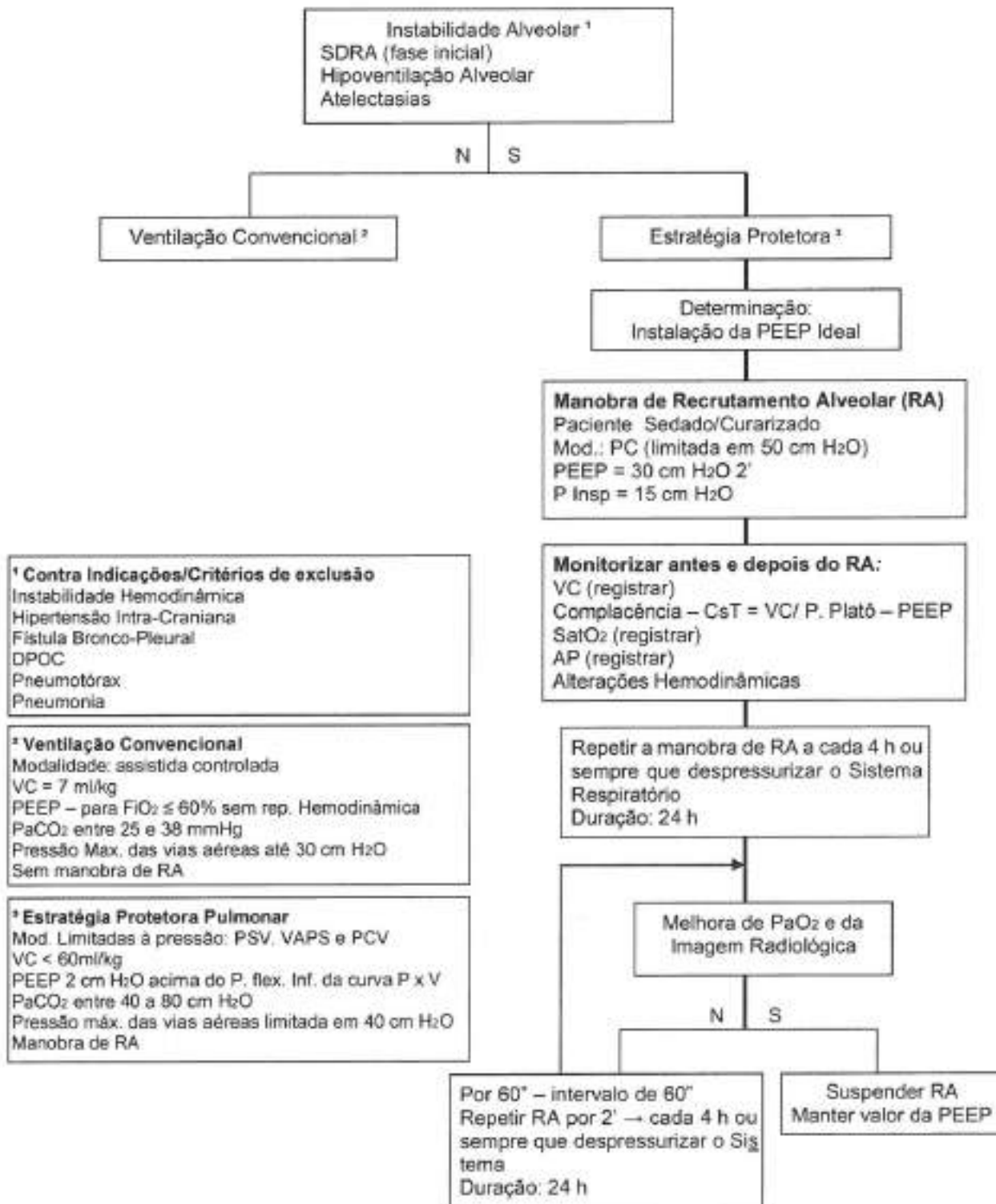


¹ Contra Indicações/ Critérios de exclusão:
Instabilidade Hemodinâmica (PAM ≤ 140 hpm/ arritmias)
Hipertensão Intracraniana
DPOC
Ocorrência de Pneumotórax e Fistula Bronco-pleural até pelo menos 48 hs
Situações onde está contra-indicado Hipercapnia

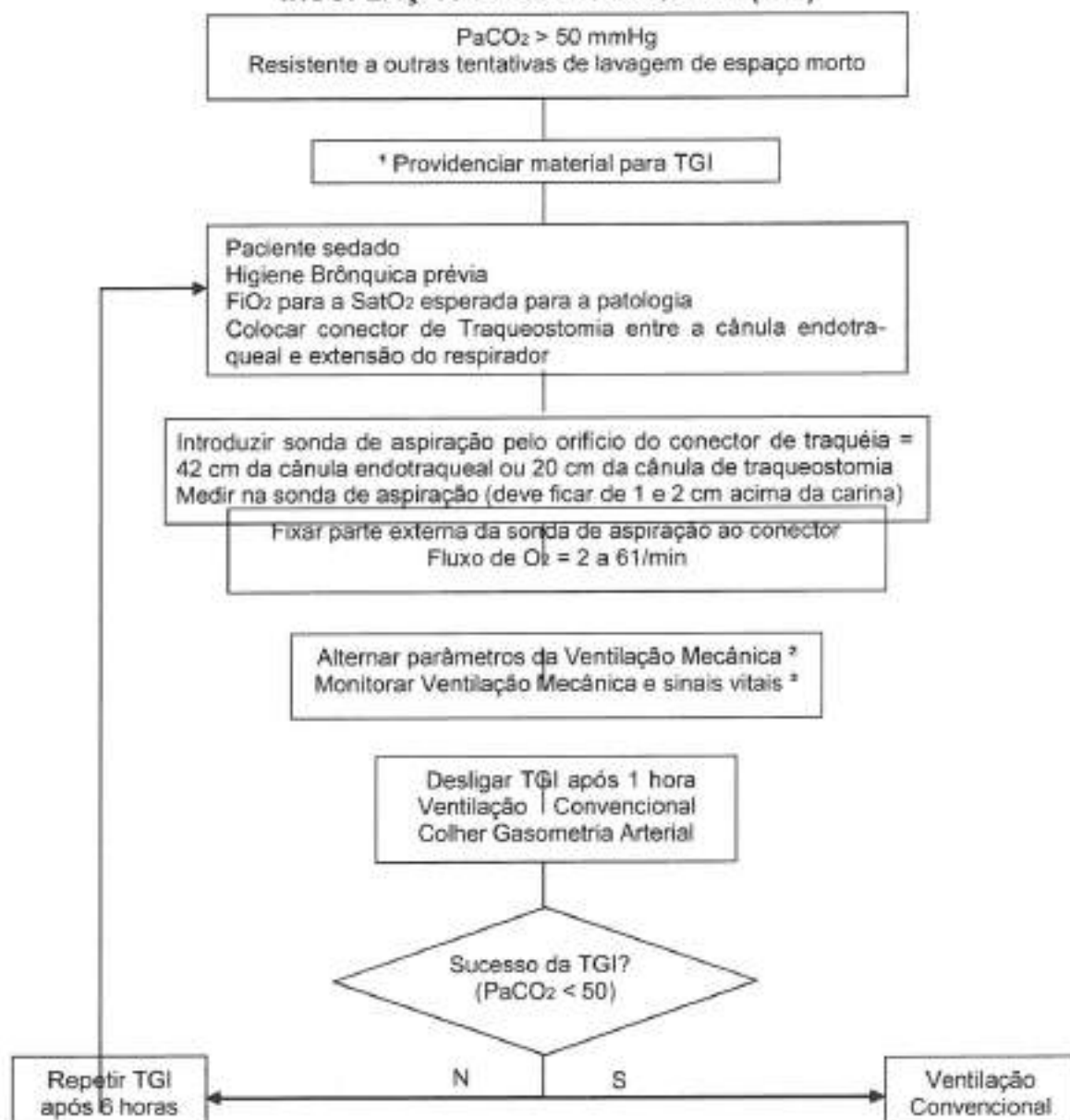
$$^2 \text{ Complacência} = \frac{\text{VC}}{\text{Platô} - \text{PEEP}}$$



MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR (RA) NO ADULTO



HIPERCAPNIA – MANEJO FISIOTERÁPICO INSUFLAÇÃO DE GÁS TRAQUEAL (TGI)

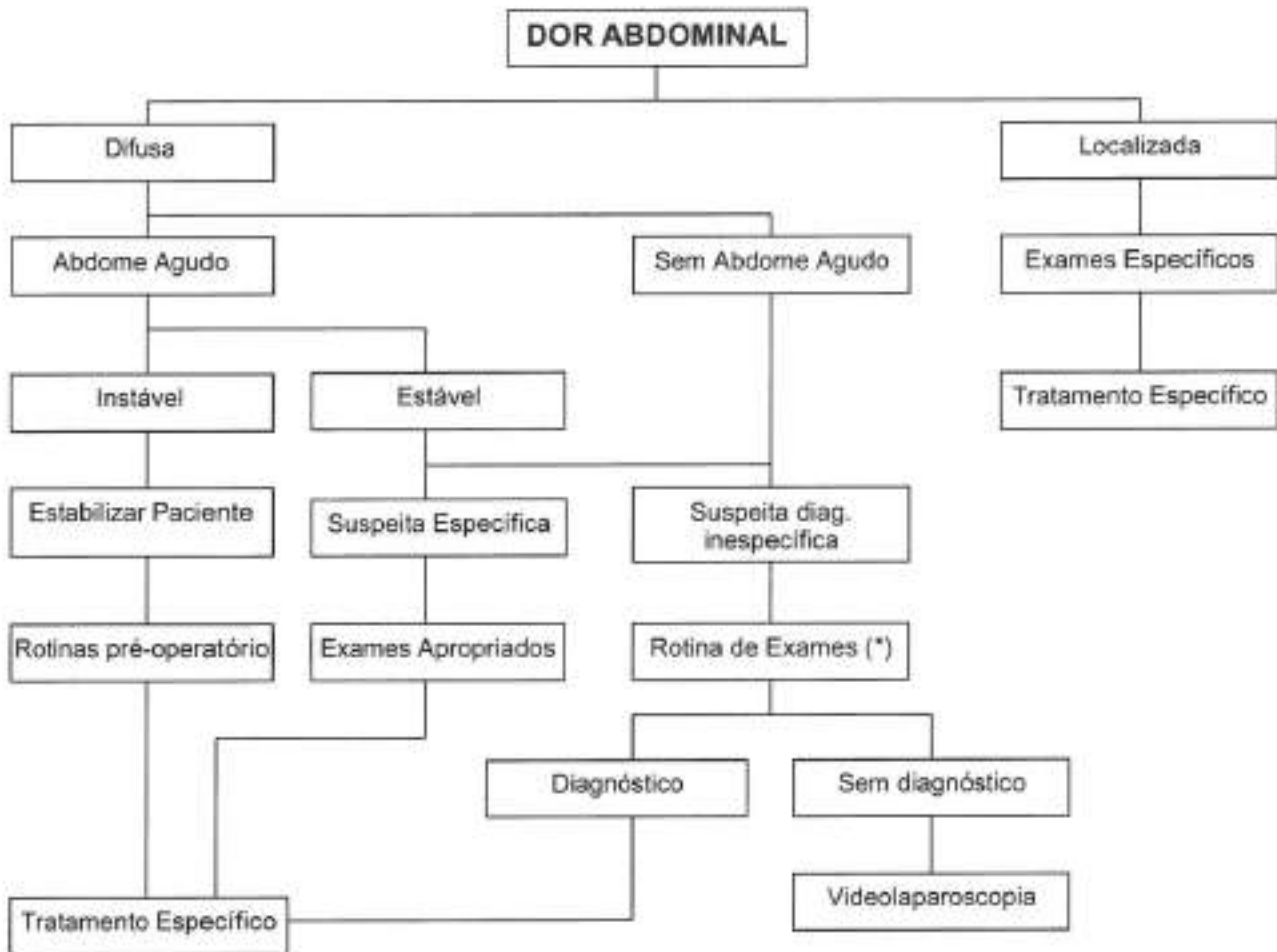


*** Materiais Necessários**
 Sonda de Aspiração nº 6 a 8 estéril
 Conector de cânula de traqueostomia (c/ orifício p/ aspiração)
 Esperadrape ou similar
 Cortaplast
 Umidificador de parede + extensão
 Água Destilada Estéril
 Fluxômetro de O₂

*** Critérios de Interrupção:**
 Instabilidade Hemodinâmica (↑ exagerado da FC e/ou PA, ↓ abrupta da SatO₂)
 Cuidados:
 Hiperinsuflação Pulmonar – Vigilância contínua da Ventilação Convencional
 Não fazer manobras de Recrutamentos Alveolar durante TGI

*** Parâmetro da Ventilação Mecânica (VM)**
 P_{insp} Limitada a 35 cm H₂O
 PEEP fisiológico
 VC em torno de 5 ml/kg
 FiO₂ < nível possível

DOR ABDOMINAL AGUDA



DOR ABDOMINAL

- 1 – Deite o paciente
- 2 – Acalme
- 3 – Anamnese e exame físico simultâneos
- 4 – Sedação da dor: se dor forte

(*) Rotina de Exames

Homem:

Hemograma; sumário de urina; amilase; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome PA de pé e deitado; Ultra Sonografia (US) de abdome total (após ver RX.)

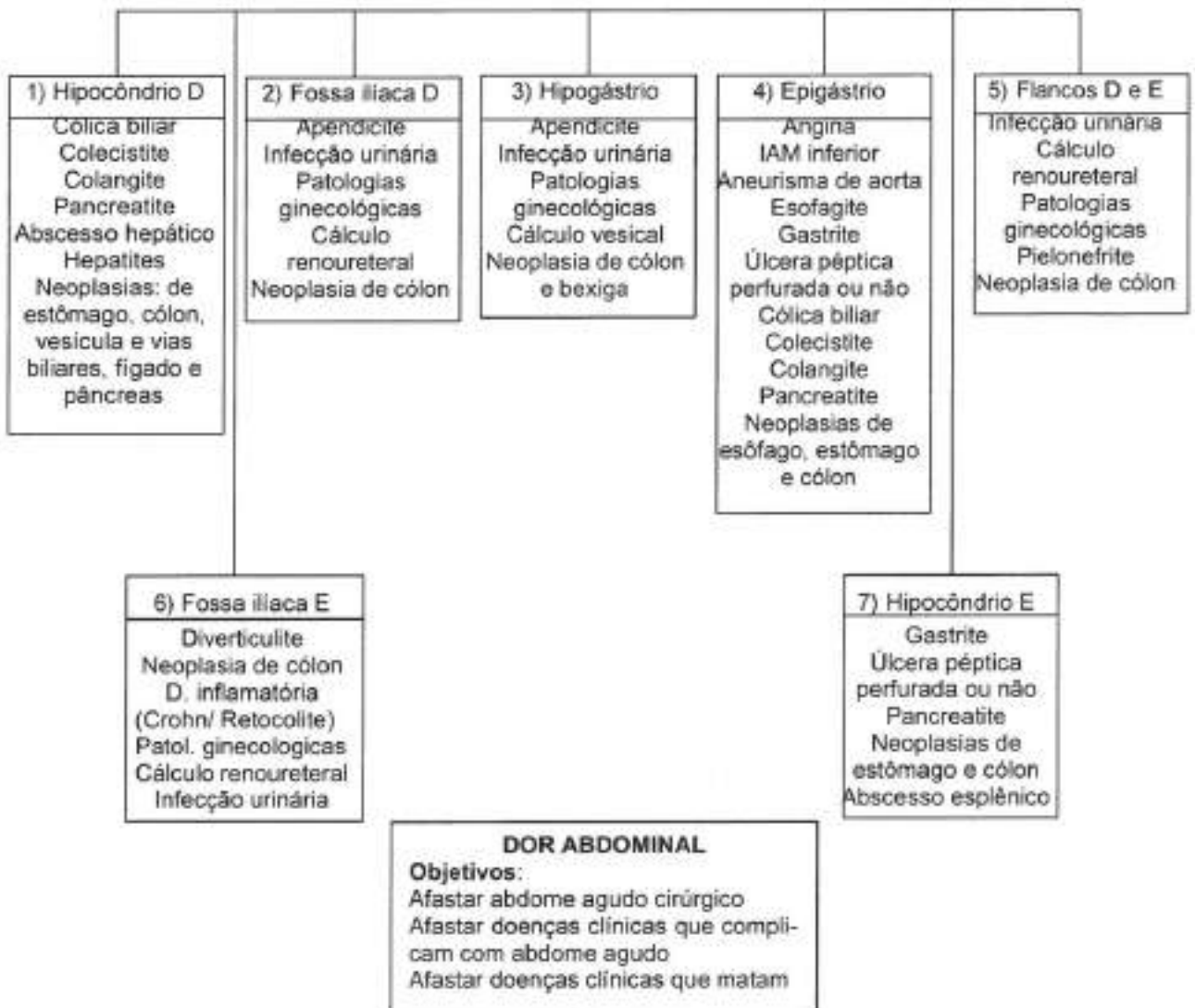
Mulher em idade fértil (Até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo com laqueadura tubária.)

Hemograma; sumário de urina; amilase; US de abdome total e pelve (antes ou depois da radiografia a depender do quadro clínico); Beta HCG, se Beta HCG neg.; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome AP de pé e deitado.

Mulher fora da idade fértil

Rotina de exames p/ homem com US total e pelve

CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



A rotina de exames visa a não deixar descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento.

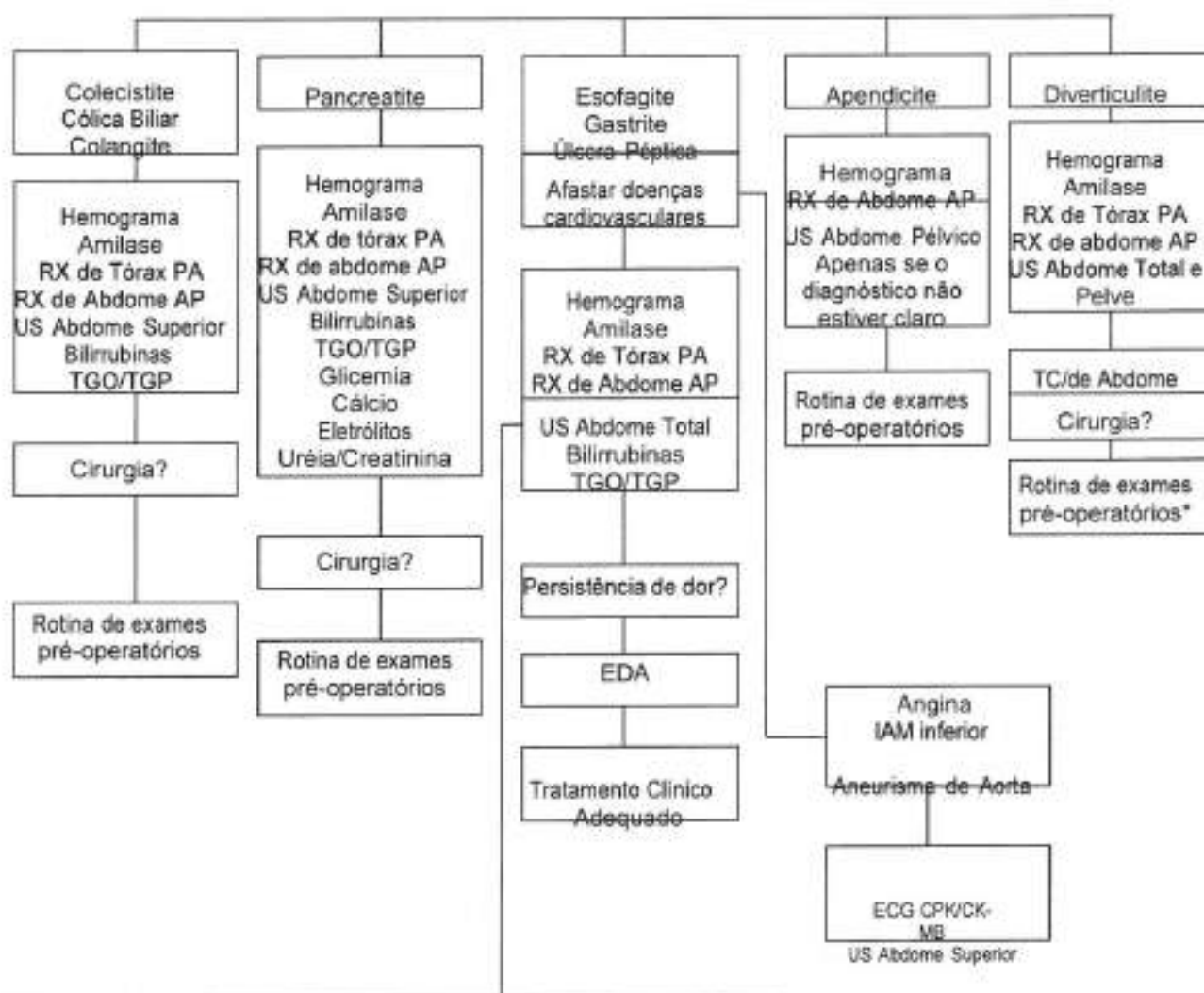
Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar.

A viscera acometida pode estar localizada em região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que a dor se iniciou. A viscera acometida geralmente está na localização correspondente em que a dor passou a se localizar após a migração.

ROTINA DE EXAMES

- 1 – Hemograma completo, TGO, TGP, amilase
- 2 – EAS
- 3 – Ecografia abdominal superior ou total.

ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



CONSIDERE APENAS EM SITUAÇÕES DE DÚVIDA:

- 1 - Se não há história de d. Péptica Prévia
- 2 - Se não há ingestão de Anti-Inflamatório Não Hormonal.
- 3 - Se na história há patologia de vias biliares como diagnóstico diferencial.

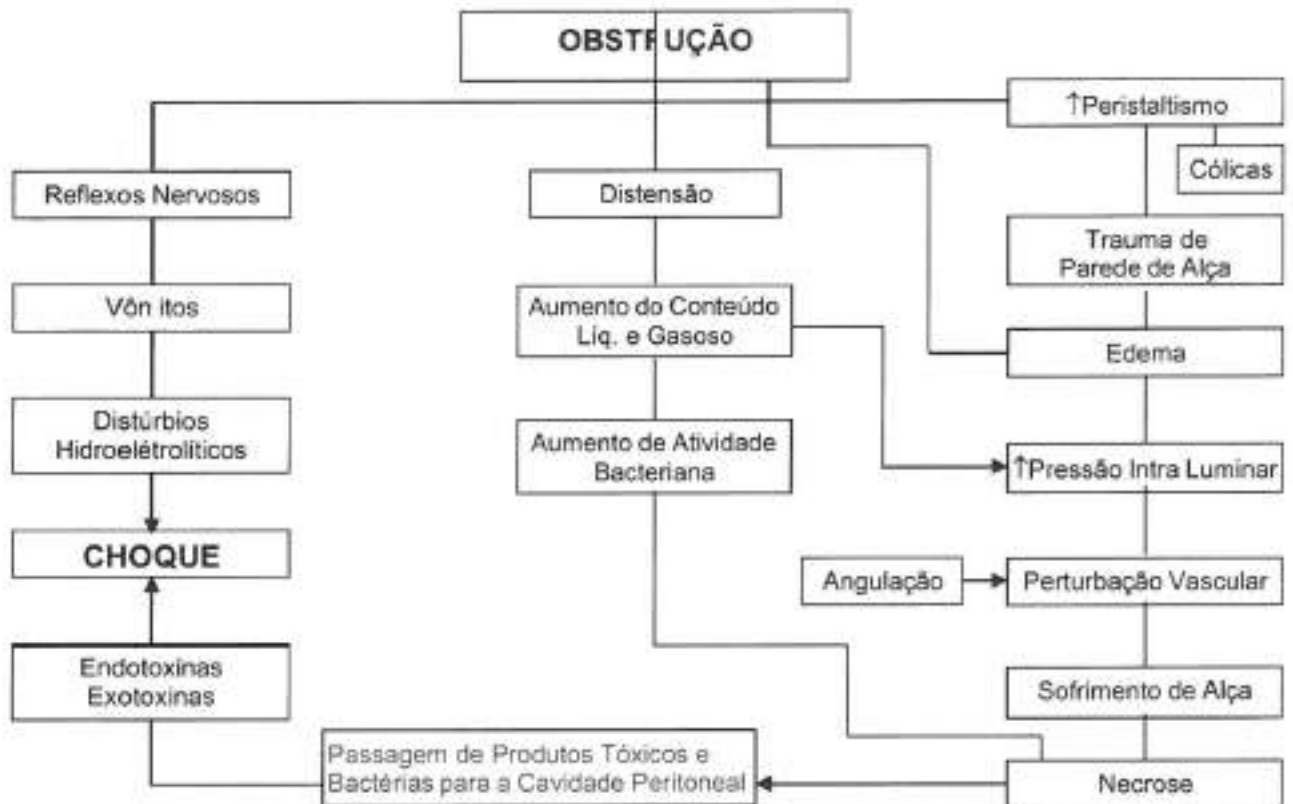
DOR ABDOMINAL

Objetivos:
 Afastar Abdome Agudo Cirúrgico.
 Afastar doenças clínicas que complicam com Abdome Agudo.
 Afastar doenças clínicas que matam.

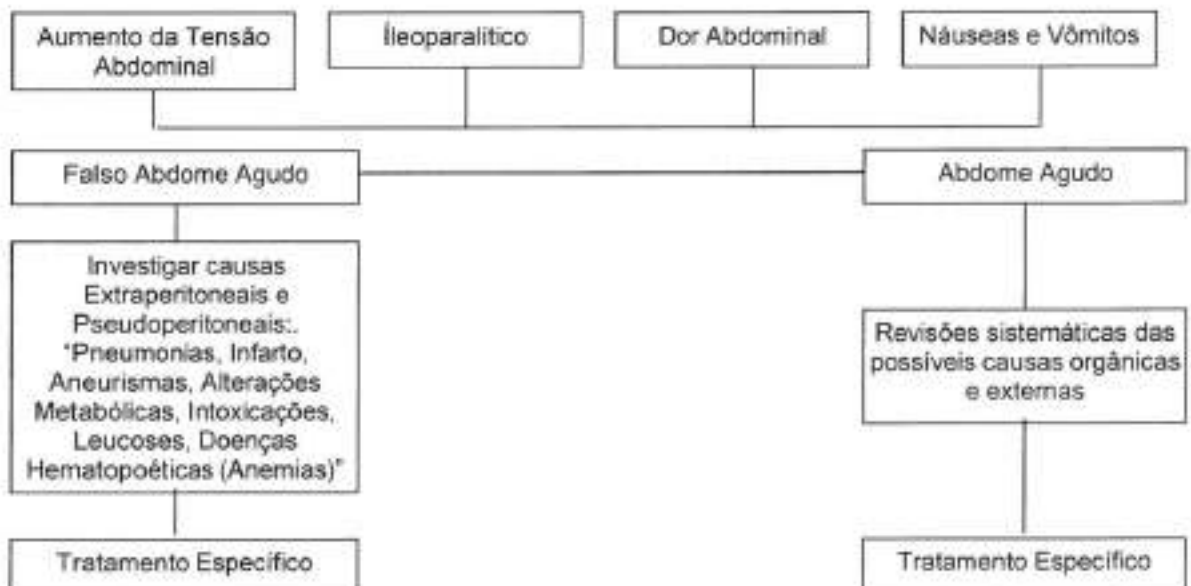
ROTINA PRÉ - OPERATÓRIA:

Hemograma Completo
 Glicemia
 Creatinina
 Coagulograma.
 EAS
 Ecografia Abdominal Superior ou Total.
 Parecer Cardiológico

OBSTRUÇÃO INTESTINAL FISIOPATOLOGIA



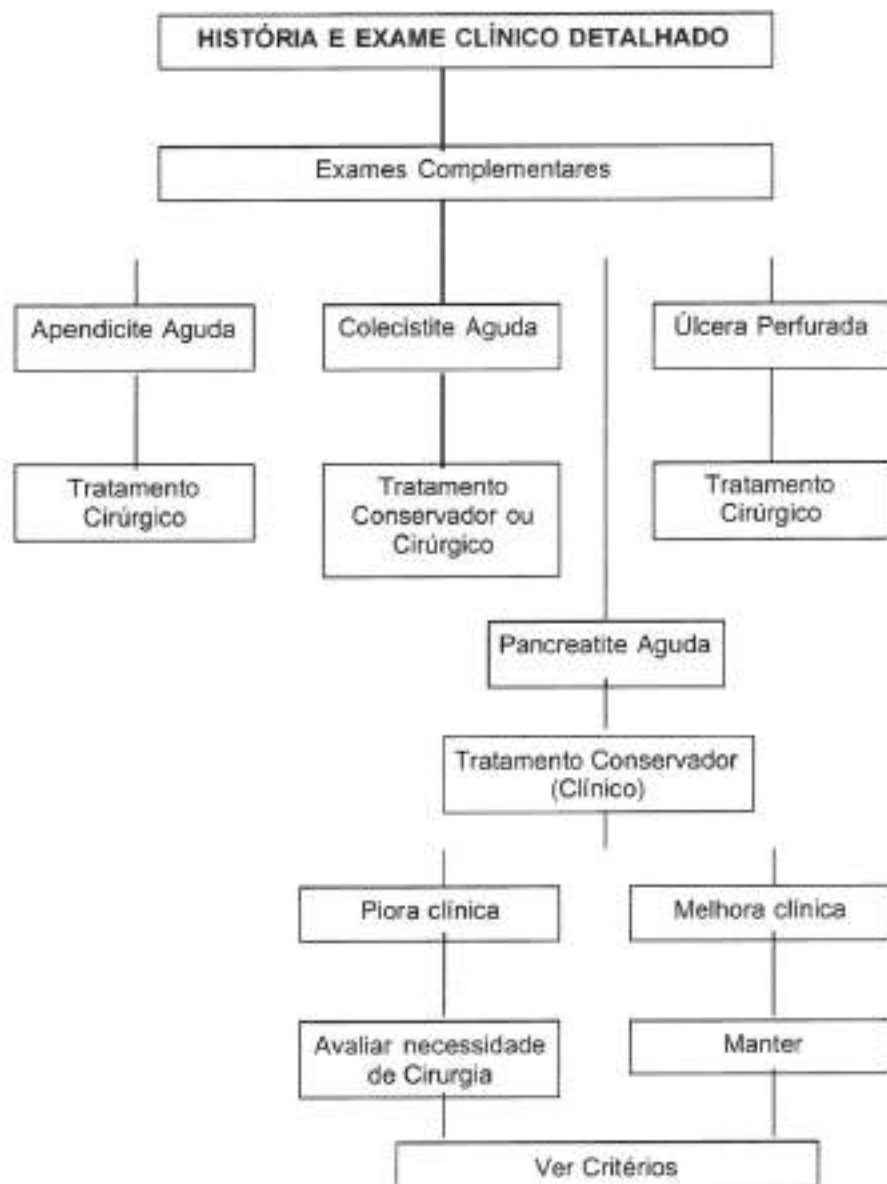
ABDOME AGUDO DIAGNÓSTICOS



OBS:

Durante a fase de elucidação diagnóstica, deve-se prevenir o choque;
Exames Complementares: Hemograma, EAS e Rotina Radiológica para abdome agudo: Rx simples em AP, Rx Abdome em Decúbito Horizontal e Ortostase devem ser solicitados para todos os casos. Outros exames de valor Diagnóstico e Prognóstico devem ser solicitados de acordo com a necessidade.

ABDOMINE AGUDO INFLAMATÓRIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

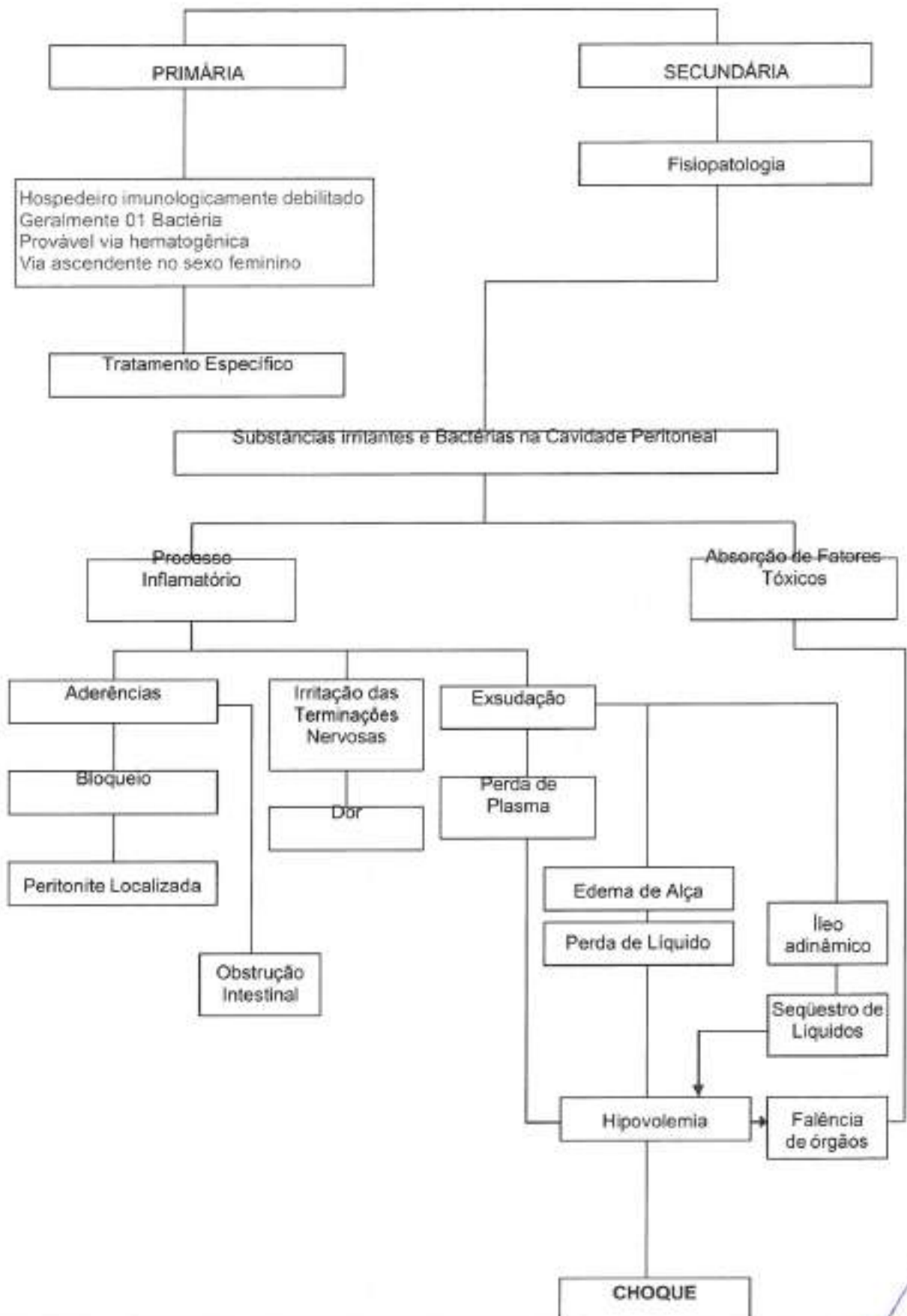


OBS:

Prevenir o choque

Fazer exames de rotina para abdome agudo para todos os casos e exames específicos quando indicado.

PERITONITES



DIARRÉIA AGUDA

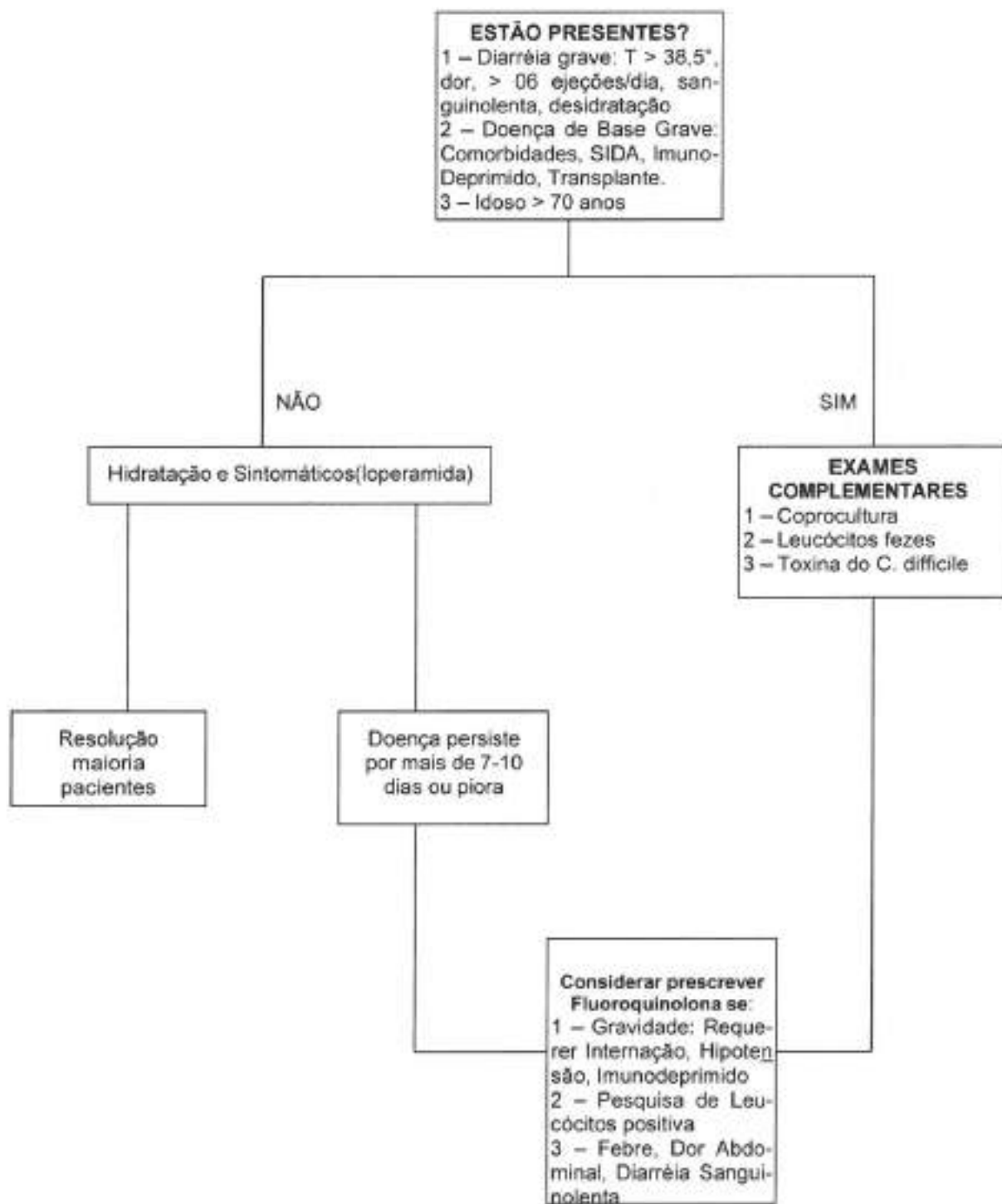
PACIENTE COM DIARRÉIA AGUDA NO PRONTO SOCORRO



(*) - Tratamento de Suporte
 1 - Dieta sem leite ou derivados
 2 - Soro Oral
 3 - Hioscina 20 mg/ml

(**) - Antibióticoterapia Oral
 1 - Sulfametoxazol + Trimetoprim - 1 comprimido 12/12h
 2 - Tetraciclina 250mg - 2 comprimidos 6/6h
 3 - Ciprofloxacina 500mg - 1 comprimido 12/12h
 4 - Metronidazol 250mg - 8/8h
 5 - Vancomicina 200mg - 8/8h

DIARRÉIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS



PANCREATITE AGUDA – I

EXAMES	TRATAMENTO
Hemograma Uréia/Creatinina Sódio/Potássio Glicemia Transaminases Fosfatase alcalina Cálcio Proteínas totais e frações LDH Amilase Gasometria arterial	Repouso absoluto Dieta zero Sonda nasogástrica em caso de distensão abdominal ou vômitos Sedar a dor Tratamento de alterações hidroeletrólíticas Inibidores da bomba de prótons Tratamento do choque ou hipovolemia com cristaloides Observar débito urinário e PVC Identificar e tratar a hipovolemia Identificar e tratar a oligúria Antibióticos*

CRITÉRIOS DE RANSON E COLS (1974,1981)

PANCREATITE NÃO-BILIAR	PANCREATITE BILIAR
A admissão 1. Idade > 55 anos 2. Número de leucócitos > 16.000/mm ³ 3. Glicose > 200mg/dl 4. TGO > 250U/L 5. LDH > 350U/L Durante as 48 horas iniciais 6. Queda maior que 10% no hematócrito 7. Aumento no BUN > 5mg/dl 8. Cálcio sérico < 8mg/dl 9. PaO ₂ < 60mmHg 10. Déficit de base > 4mEq 11. Sequestração hídrica > 6 litros	A admissão 1. Idade > 70 anos 2. Número de leucócitos > 18.000/mm ³ 3. Glicose > 220mg/dl 4. TGO > 250U/L 5. LDH > 250U/L Durante as 48 horas iniciais 6. Queda maior que 10% no hematócrito 7. Aumento da uréia > 2mg/dl 8. Cálcio sérico < 8mg/dl 9. Déficit de base > 5mEq/L 10. Sequestração hídrica > 4 litros

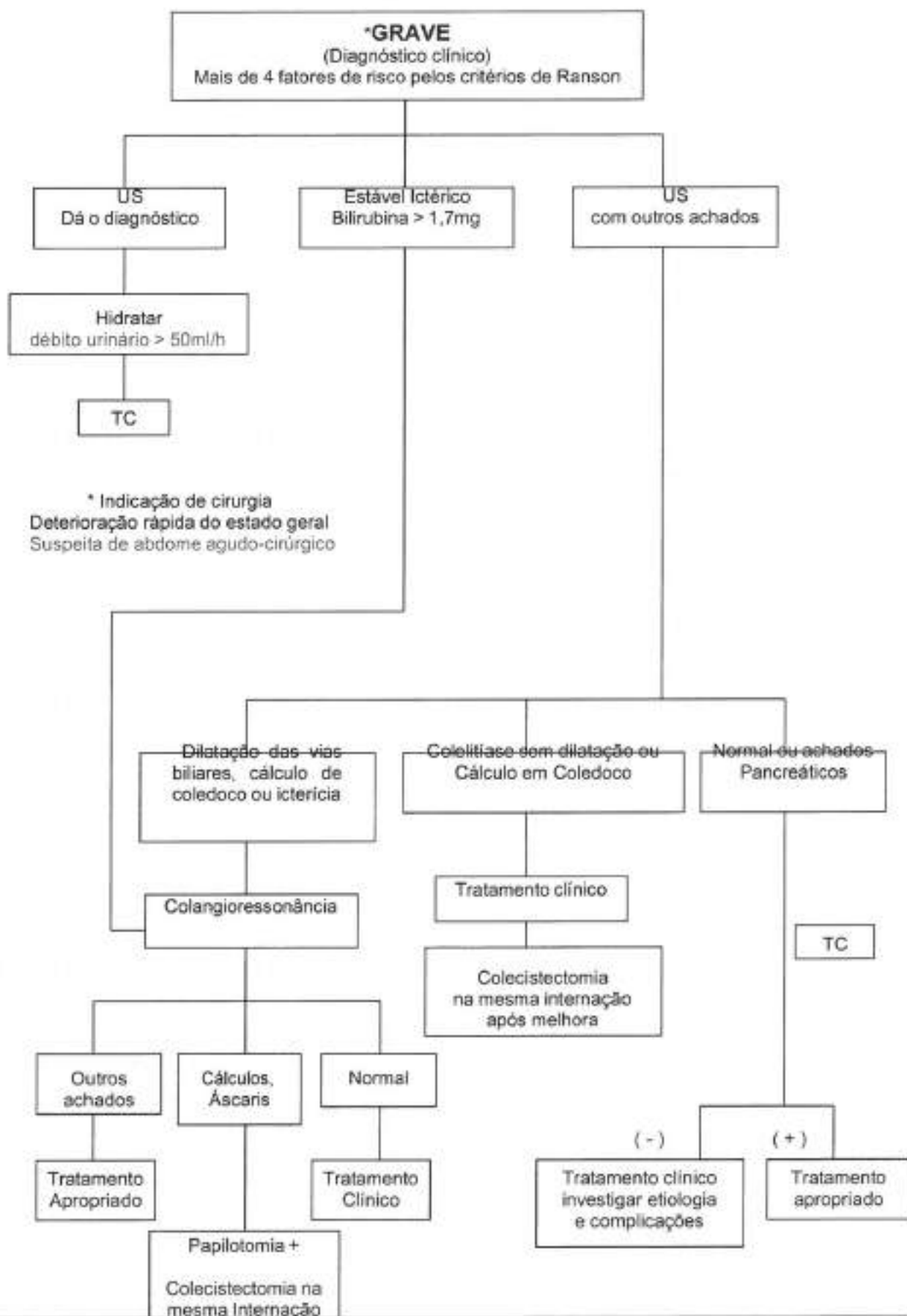
Letalidade – < 3 sinais – 0,9%; 3-4 sinais – 16%; 5-6 sinais – 40%; > 6 sinais – 100%.

PANCREATITE AGUDA GRAVE (Insuficiência de Órgãos e Sistemas)

ÓRGÃOS/SISTEMAS	DADOS QUE CARACTERIZAM A INSUFICIÊNCIA
Cardiovascular	PAM < 50mmHg ou PAM > 100mmHg com hidratação IV e droga vasoativa. FC < 50bpm. Taquicardia ventricular/fibrilação. PCR. IAM.
Pulmonar	Ventilação mecânica > 3 dias com FIO ₂ > 40% e/ou PEEP > 5cm H ₂ O.
Renal	Creatinina > 3,5mg/dl. Diálise/Ultrafiltração.
Neurológico	Glasgow < 6 (sem sedação).
Hematológico	Hematócrito < 20%. Leucócitos < 3.000. Plaquetas < 50.000.
Hepático	CIVD.
Gastrointestinal	BT > 3,0mg/dl, na ausência de hemólise. TGP > 100UL. LAMG com necessidade de transfusão de mais que duas unidades por 24 horas. Colecistite atíptica. Enterocolite necrotizante. Perfurações intestinais.

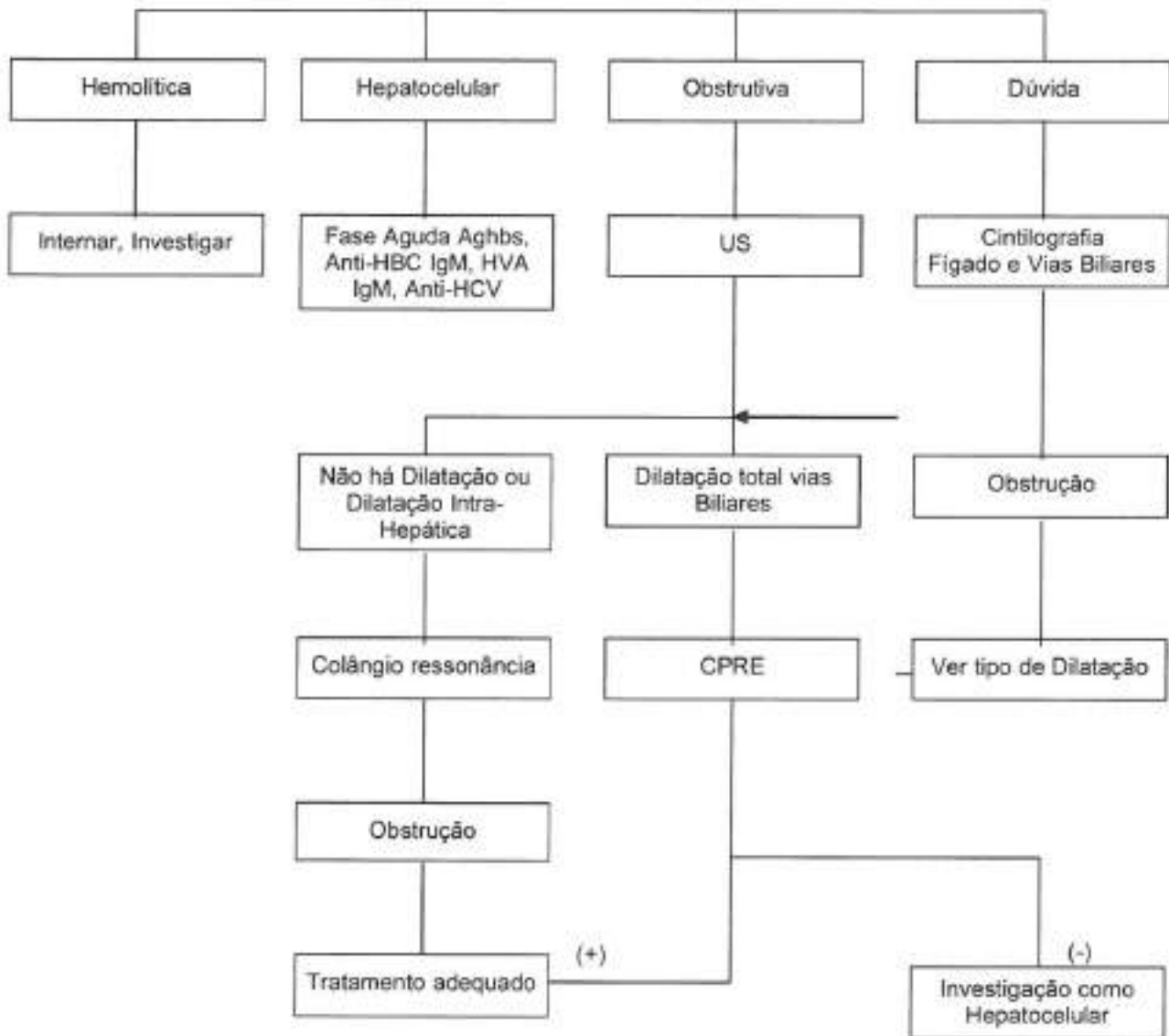
ANTIBIÓTICOS: (*) Casos muito graves. (**) Suspeita de Infecções. (***) Colangite ou Colecistite

PANCREATITE AGUDA – II



[Handwritten signature]

ICTERÍCIA



(+) = Achado anormal

(-) = Normal

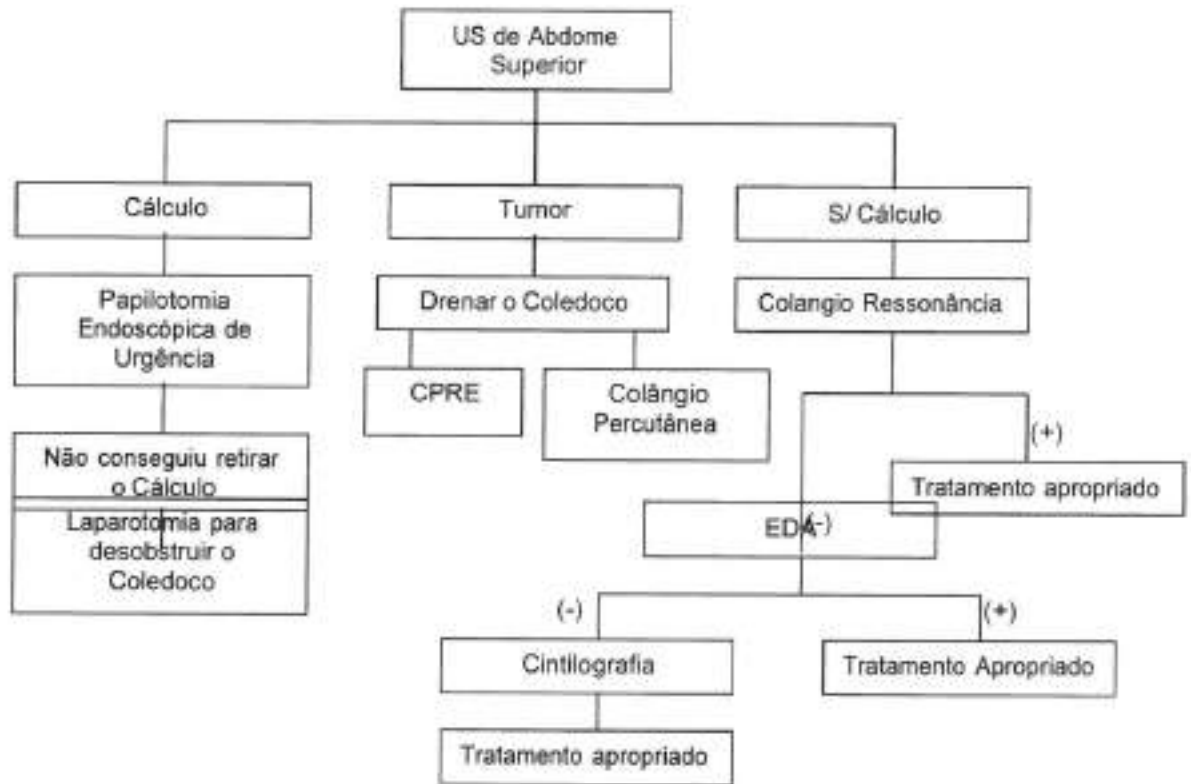
EXAMES

Hemograma/plaquetas
Sumário de urina
Amilase
Tempo de Protrombina
Transaminases, Gama GT

MEDIDAS GERAIS

Venoclise
Sintomáticos
Vitamina K 10mg/ dia

COLANGITE



- 1- Tratamento cirúrgico
- 2- Antibioticoterapia
- 3- Manter diurese > ou = 70ml/hora
- 4- Estimular diurese
- 5- Proteção mucosa gástrica
- 6- Tratar alterações hemodinâmicas

Colangite tóxica: Desobstruir

Após estabilização 12 a 24h:

Cálculo e/ou Áscaris → Papilotomia

Tumores e ou estenoses → Descompressão Transparietal → Tratamento Apropriado

Amicacina + Metronidazol + (Ciprofloxacina ou Ampicilina Subactan)

Reposição Hidrica Isosmolar + Dopamina + Dourético)Pam >80)

Bloqueador H2

Intra-Cath – Hidratação

SNG se indicado (Distensão Abdominal/Vômitos)

Sonda Vesical

Débito Urinário > 70ml/h

Ht > 30 Hb > 10 Alb > 3.5

PaO2 > 70

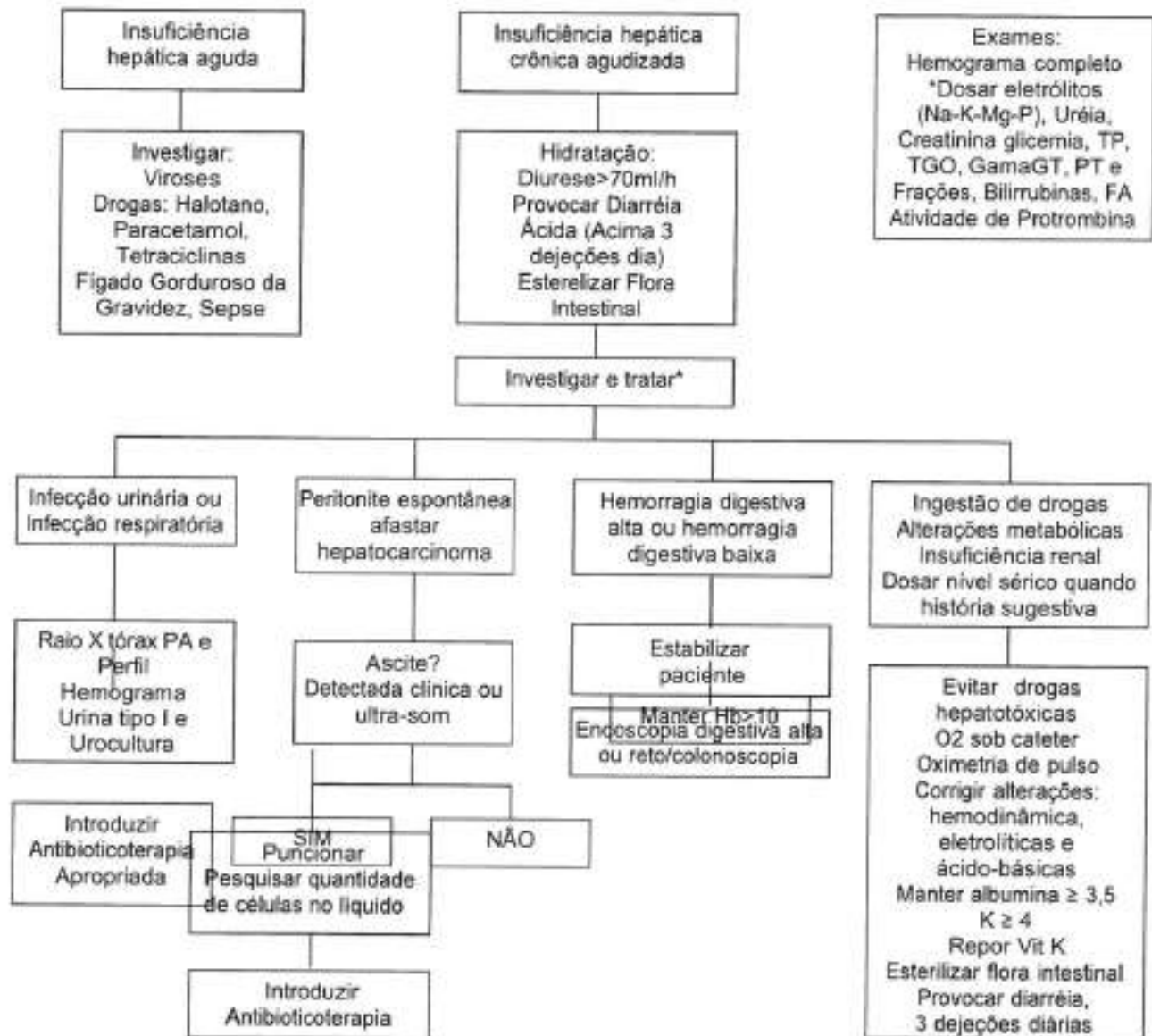
Exames: Hemograma, Plaquetas, TP, Na, K, TGO, TGP, Gama GT, FA, Bilirrubinas,

Ur, Cr, Amilase, PT e Frações

Tratamento Apropriado, Drenagem

(*) Desobstrução – CPRE – Derivação Cirúrgica - Punção

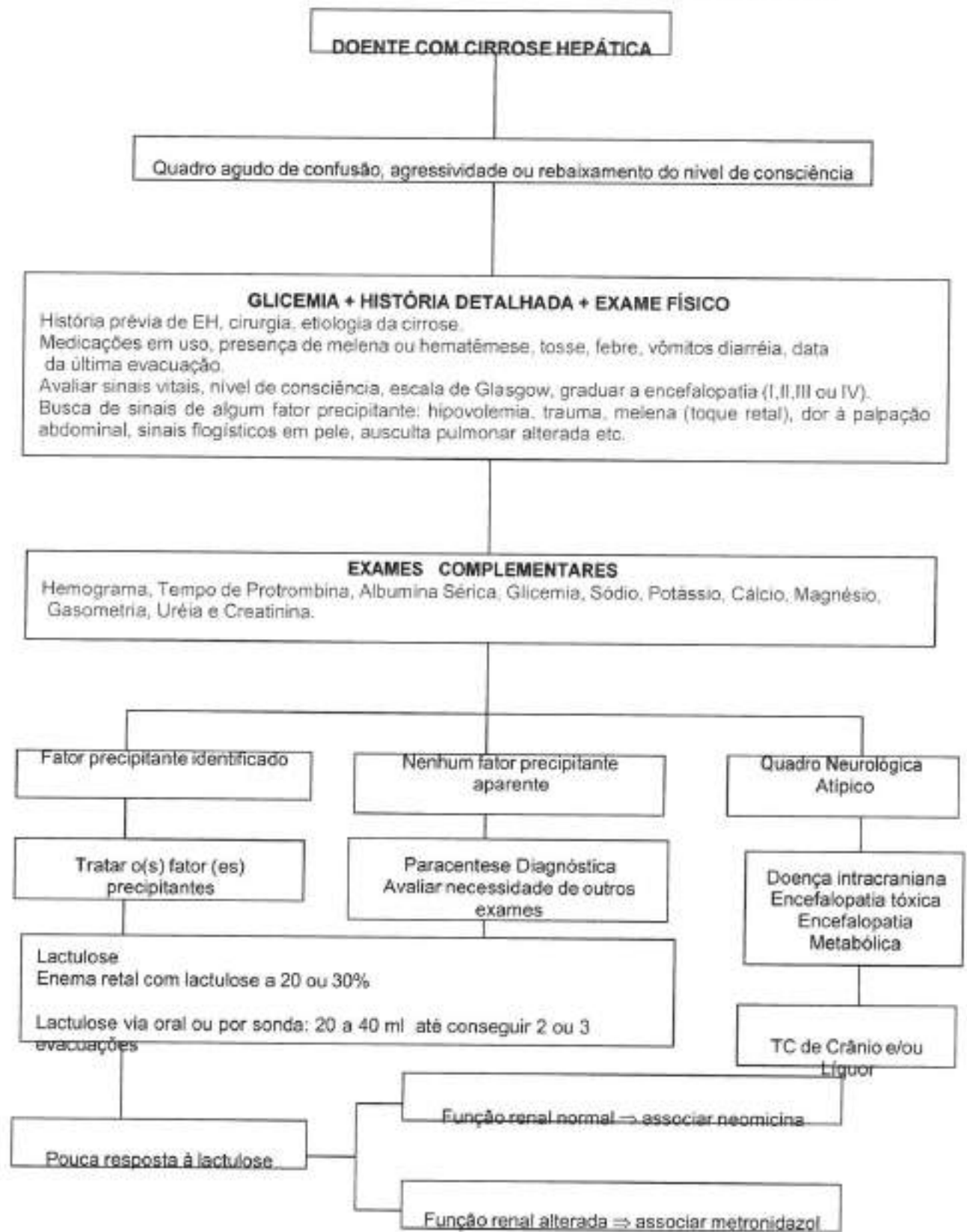
INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA



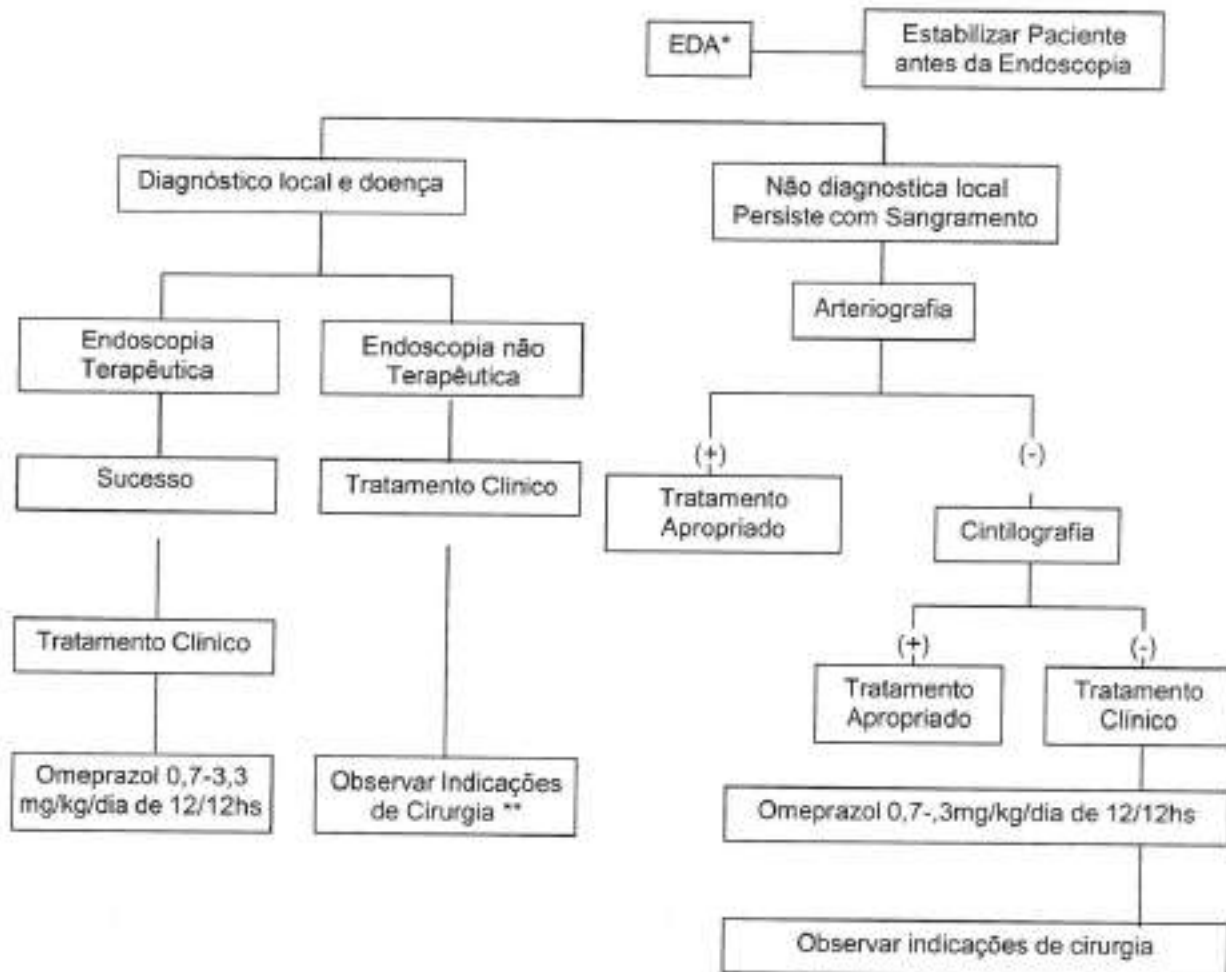
CLASSIFICAÇÃO DE CHILD TURCOTTE			
GRUPOS:	A	B	C
Bilirrubinas (mg/dl)	< 2.0	2.0 - 3.0	> 3.0
Albumina (g/dl)	> 3.5	3.0 - 3.5	< 3.0
Ascite	Não	Facilmente controlável	De difícil controle
Alterações neurológicas	Não	Leves	Acentuadas
Estado nutricional	Bom	Regular	Mal

*Paciente com hipoalbuminemia necessita utilizar colóides + cristalóides para estabilização hemodinâmica por sangramento.

ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



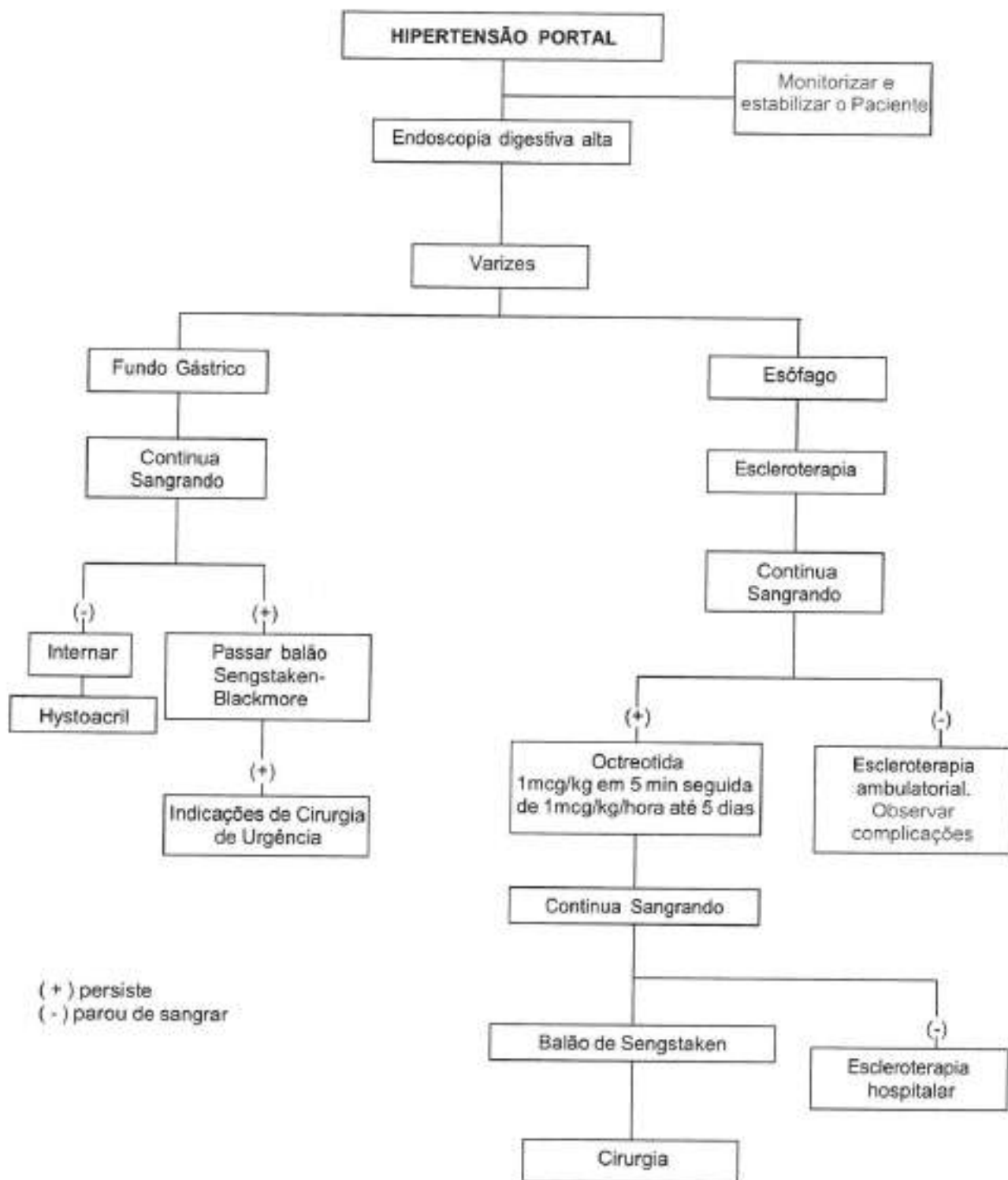
** INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

- pac. Portador de Ca com hemorragia;
- pac. Com hemorragia e obstrução ou perfuração;
- pac. Que sangra, pára e retorna a sangrar (exclui os que podem ser resolvidos endoscopicamente)
- pac. Portador de sangue raro
- pac. Que necessita de transfusão de 8/8 hs para manter Ht>25 e Hb > 8
- pac. Que sangrou durante tratamento clínico.

Caso sangramento persista em varizes de esôfago após esclerose, usar somatostatina (Sandostatín) – dose inicial de 1-2 mcg/kg em 2-5 min. Em seguida 1 mcg/kg/hora.

(+) encontrou sangramento local
 (-) Não encontrou

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA II



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA III

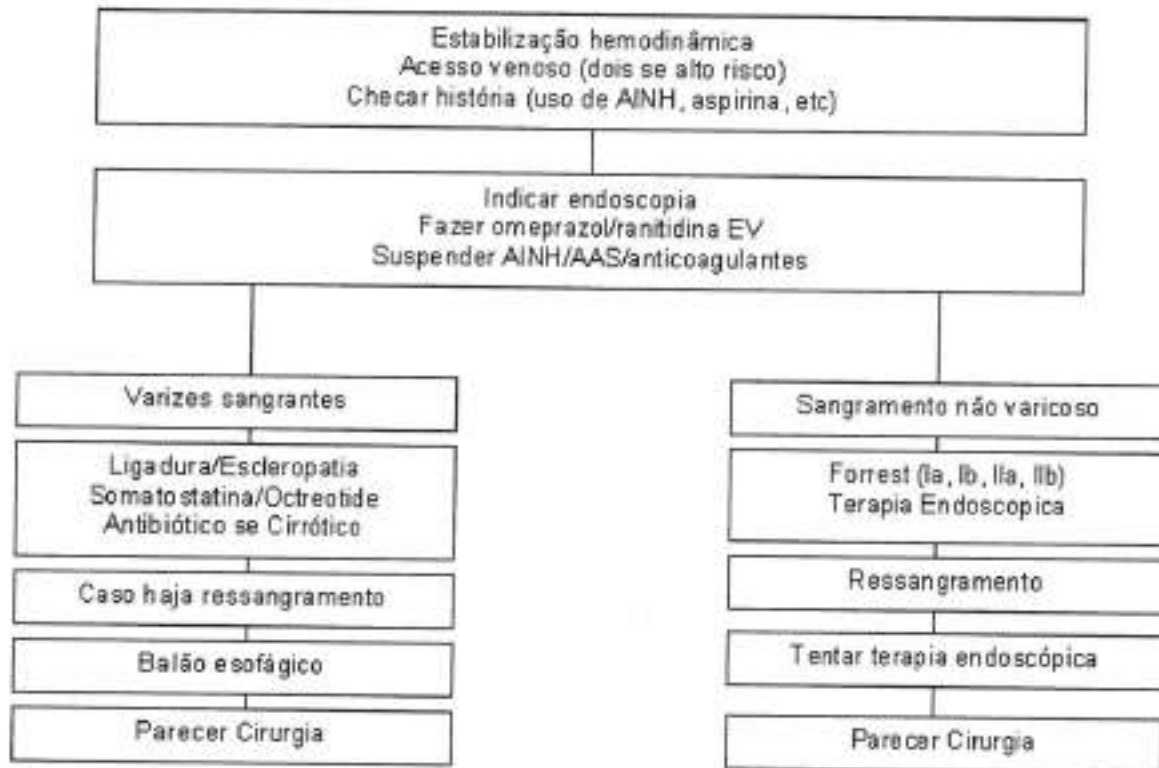


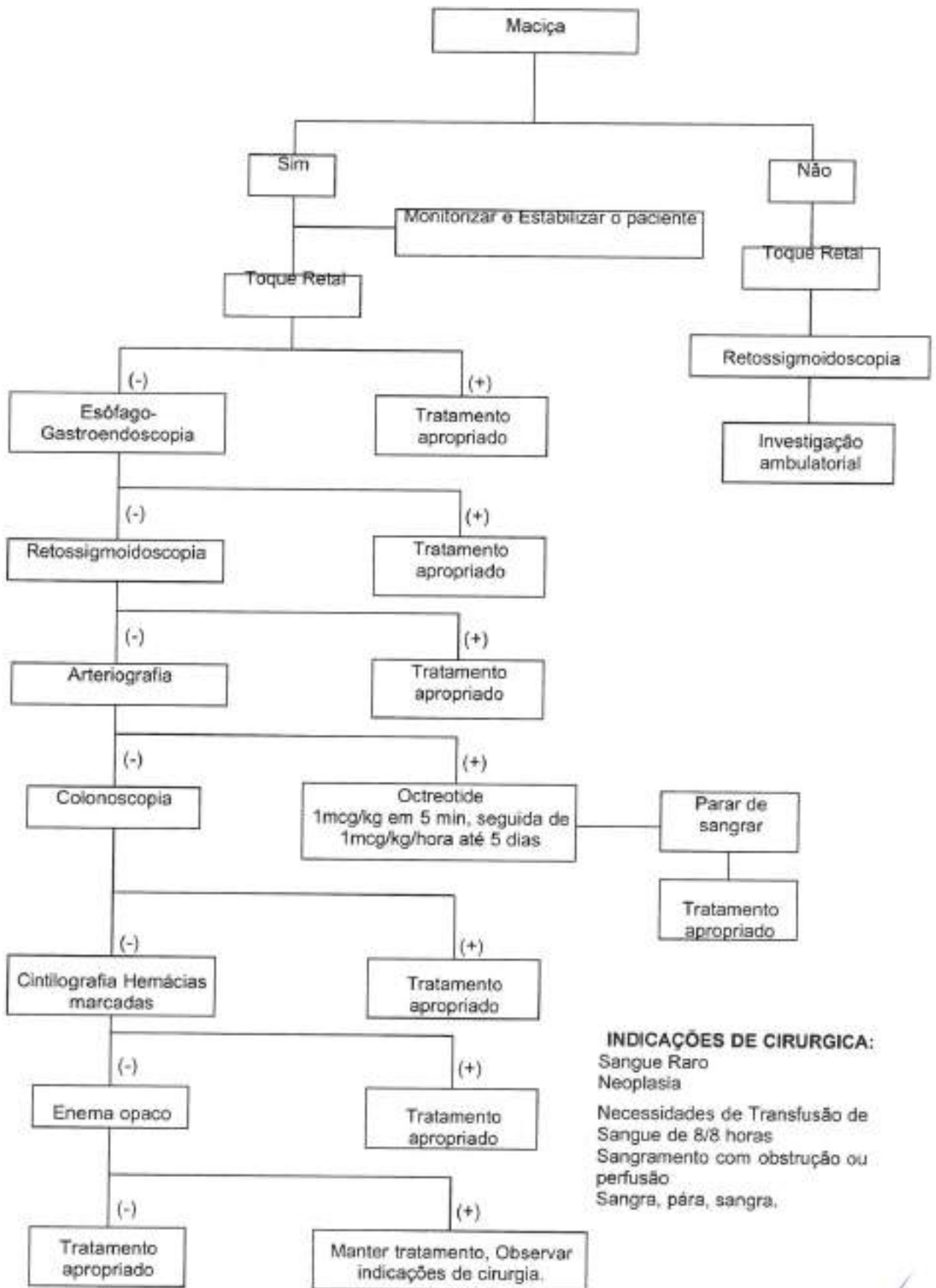
TABELA 1 – FATORES DE RISCO PARA PROGNÓSTICO RUIM

Idoso (>60 anos)
Comorbidades
Sangramento ativo (hematemese, sangue vivo na SNG, hematoquezia)
Hipotensão ou choque
Transfusão = unidades
Paciente internado antes do sangramento
Coagulopatia Severa

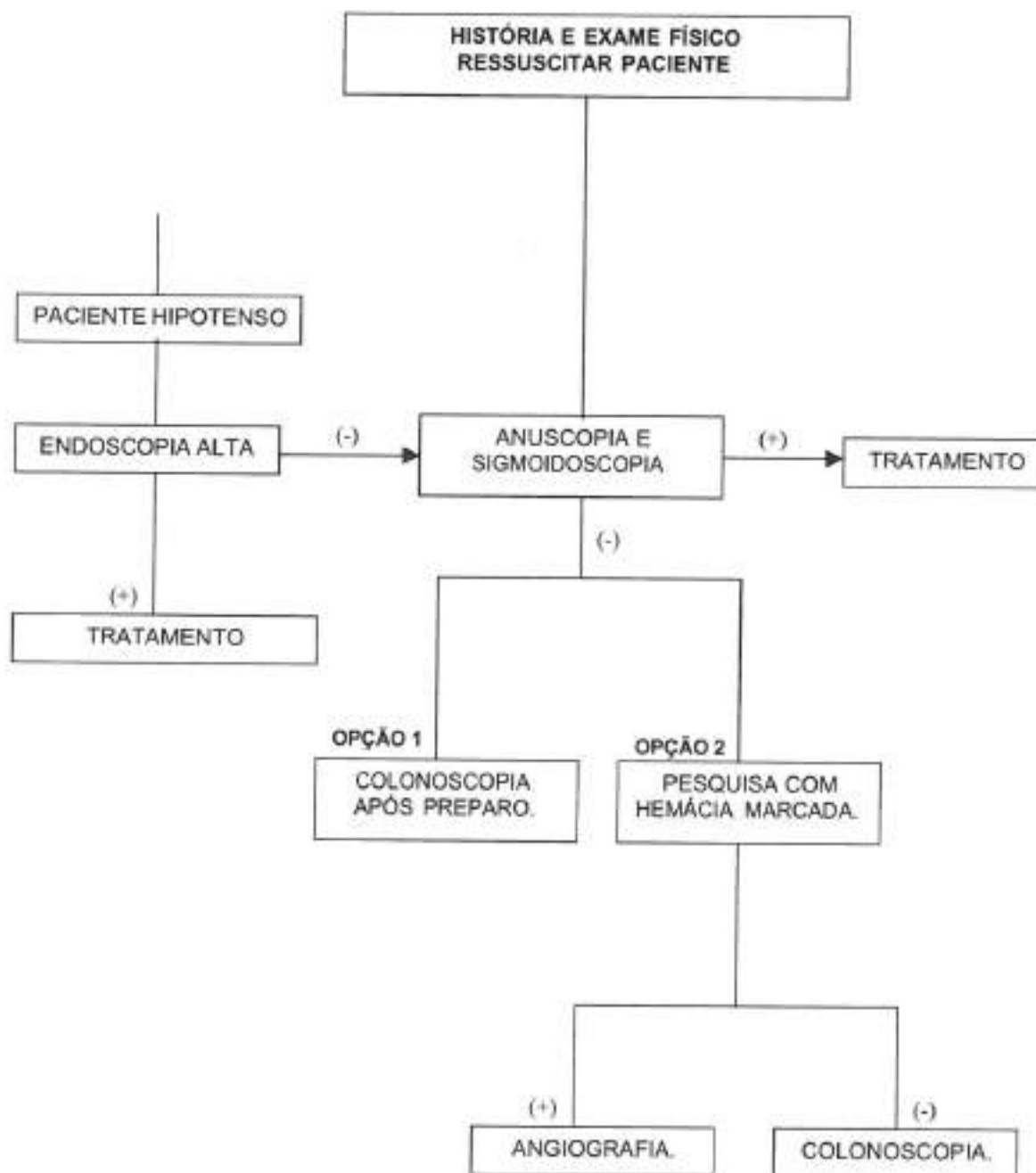
TABELA 2: ESTIGMAS DE ULCERA HOMORRÁGICA E RISCO DE RESSANGRAMENTO SEM TERAPIA ENDOSCÓPICA

Estigmas (Class. Forrest)	Risco de ressangramento sem terapia endoscópica
Sangramento arterial ativo (spurting) F-I	Aproximadamente 100%
Vaso visível não sangrante F – Iia	Até 50%
Coágulo aderente, não sangrante F – Iia	30 – 35%
Úlcera (sem outros estigmas) F # C	10 – 27%
Úlcera base limpa / F – III	<3%

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

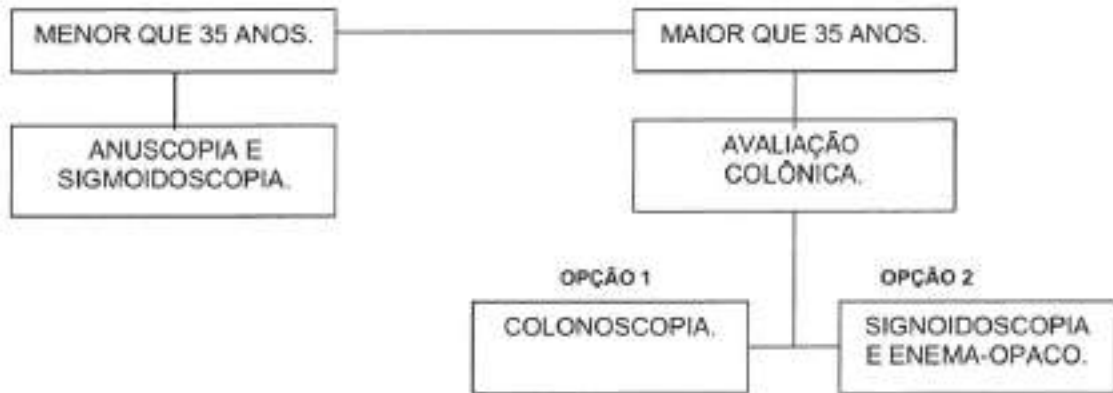


HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA

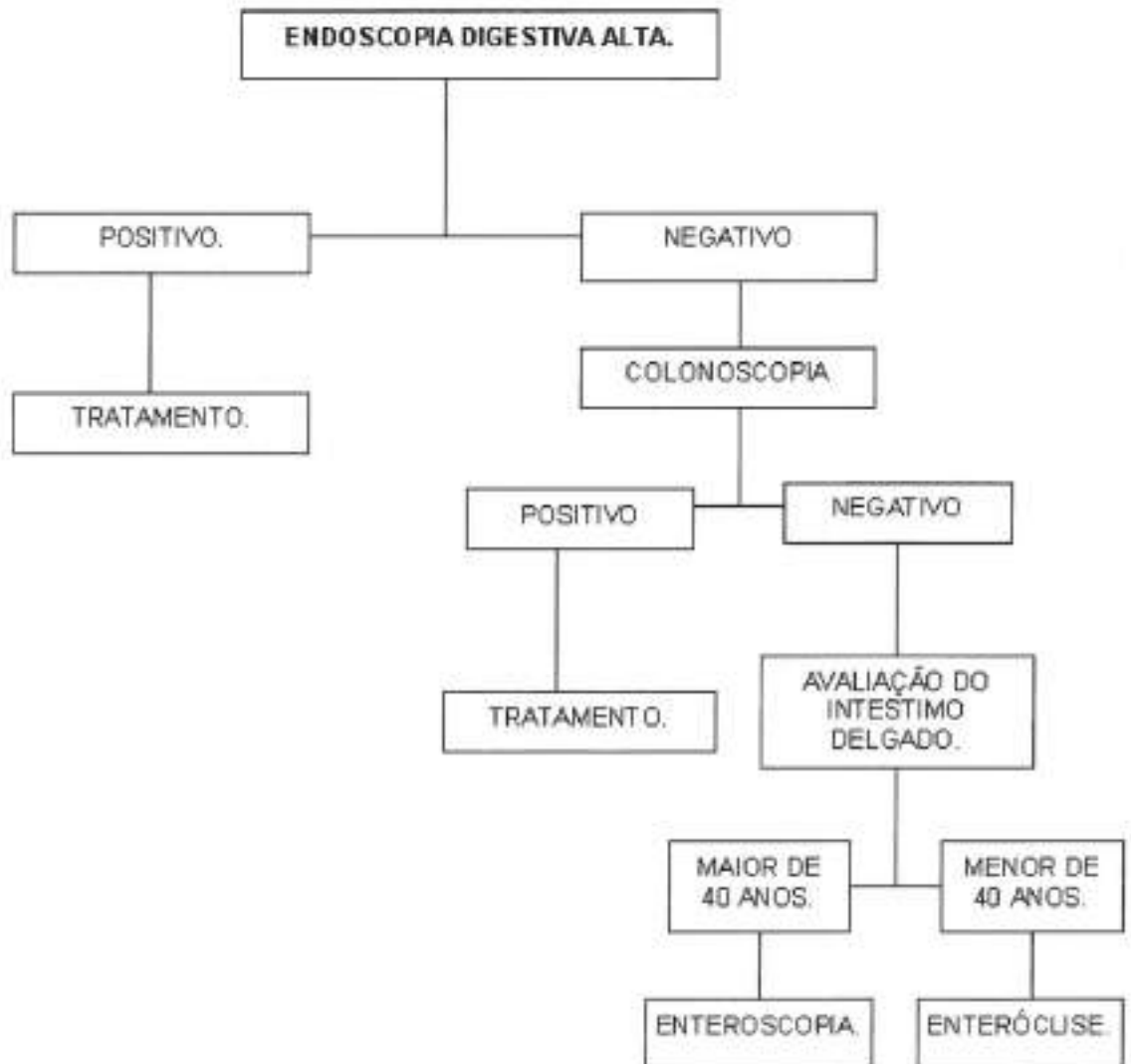


* O Tratamento Cirúrgico estará intimamente relacionado com o diagnóstico etiológico; Topografia da Lesão e Experiência do Serviço.

HEMATOQUEZIA



MELENA



INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO

Ingestão de baterias eletrônicas, moedas, brinquedos, próteses dentárias, alimentos não mastigados, pregos etc.

Raios X de Tórax e Abdome

Esôfago

Retirar imediatamente por Endoscopia Digestiva Alta. Tentar retirada de moeda com Sonda Imantada.

Estômago

Retirar Baterias e Objetos Ponti Agudos

RX

Não passou

Remoção por endoscopia digestiva alta

Distal ao estômago

Controle Radiológico após 4 semanas.

Com sintomas ou permanece no Intestino Delgado 5 dias

Consulta à cirurgia

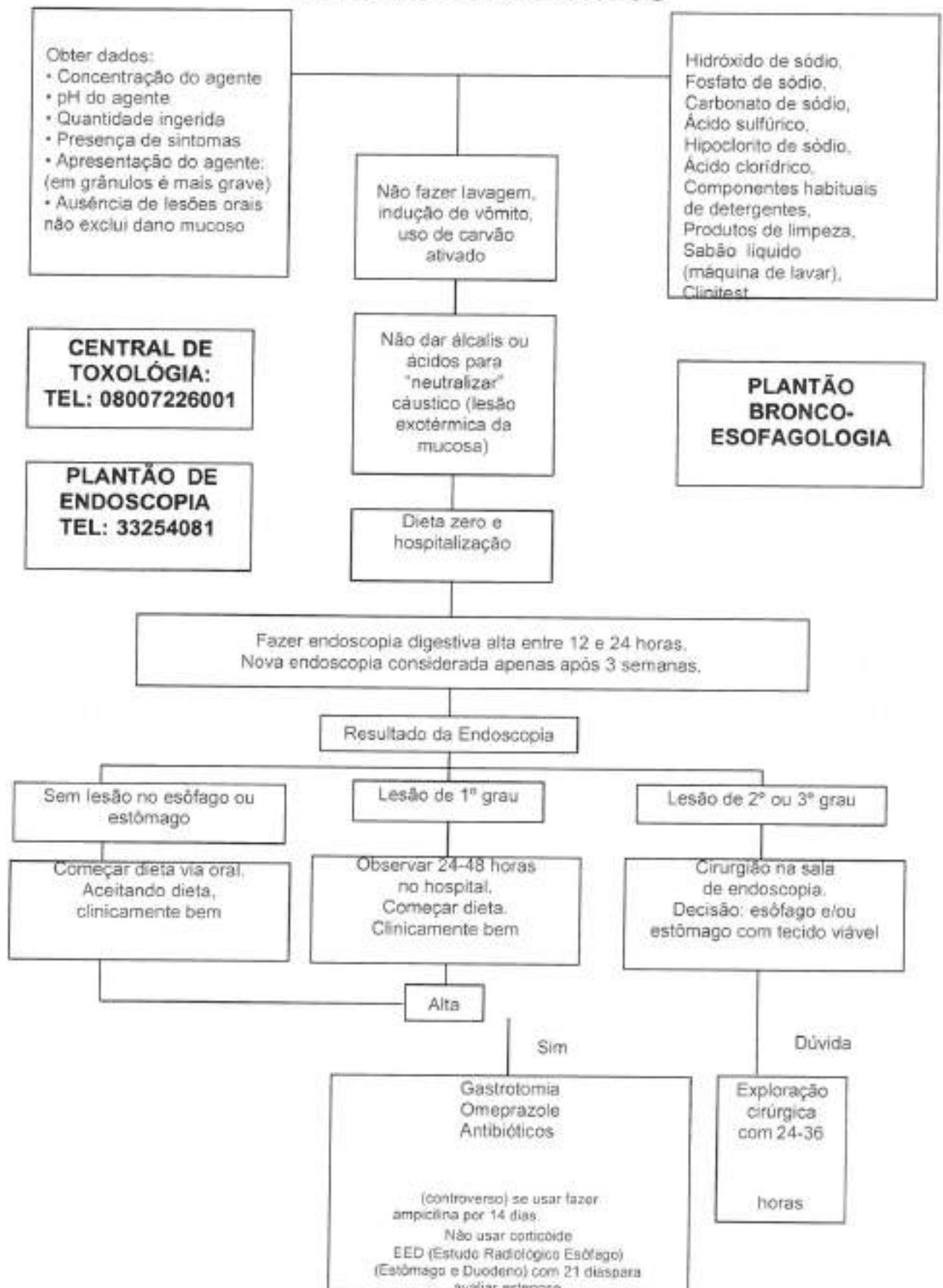
Sem sintomas Bateria no mesmo local do cólon por 5 dias

Colonoscopia para retirada corpo estranho

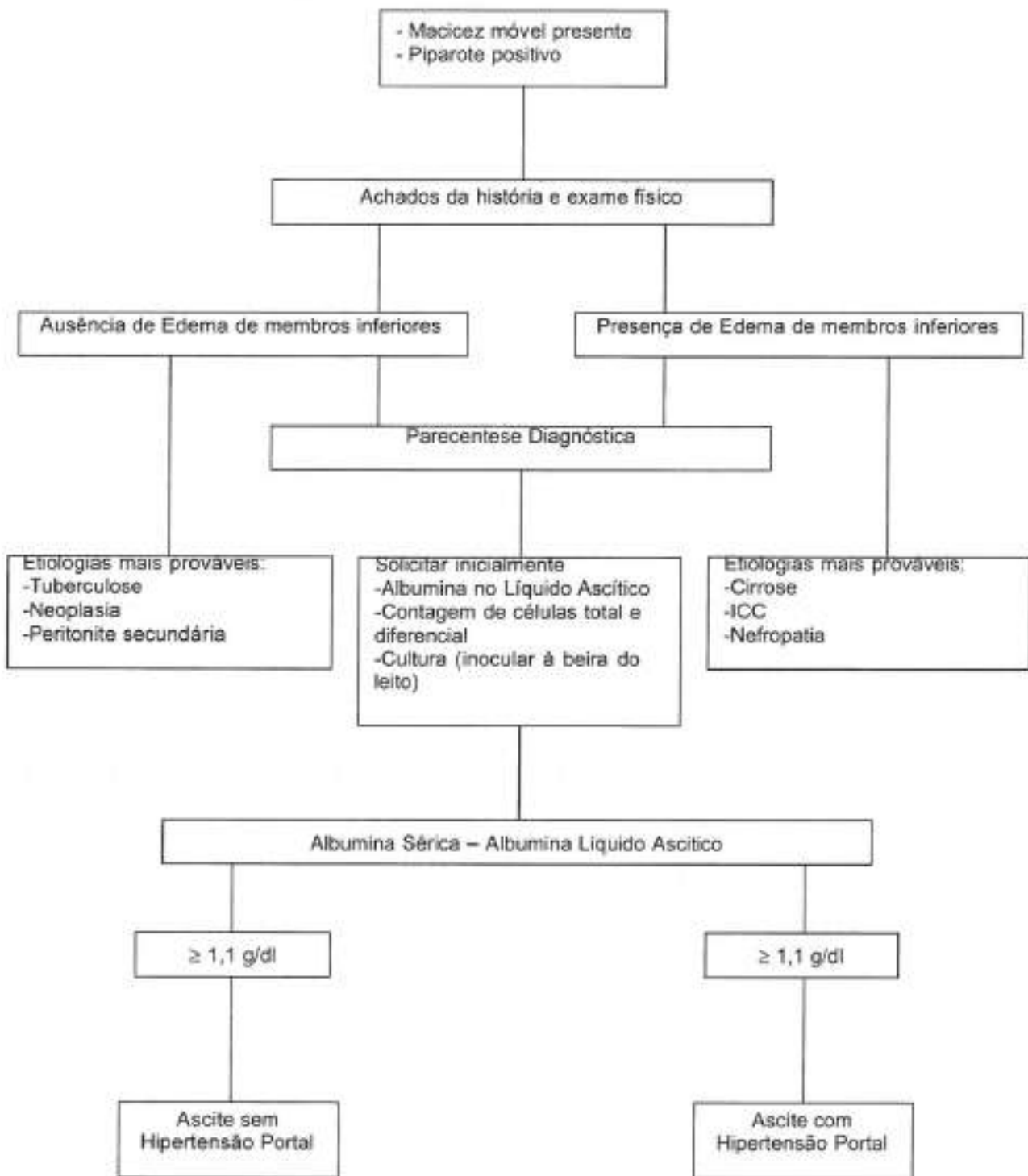
CENTRAL DE TOXOLOGIA:
TEL: 08007226001

PLANTÃO DE ENDOSCOPIA
TEL: 3325-4081

INGESTÃO DE CÁUSTICOS



ASCITE NO PRONTO-SOCORRO



ACIDENTES DE SUBMERSÃO

Definição e importância do problema

Afogamento é a morte por asfixia, nas primeiras 24 horas, após submersão ou imersão em líquido, em geral água.

No **quase afogamento** há sobrevivência por mais de 24 horas, após a submersão.

Este tipo de problema comporta elevado número de casos fatais e de sequelas graves nos sobreviventes, chamado afogamento “secundário,” que ocorre 15min a 72h após a submersão e corresponde a edema pulmonar, atelectasia, alveolite e bronquiolite químicas, geralmente associado a água salgada.

A lesão neurológica devida à hipoxia-isquemia, constitui a causa principal de mortalidade e morbidade a longo prazo.

Aspectos epidemiológicos – As populações em risco são, sobretudo, crianças com menos de 5 anos, em particular rapazes (tanques, poços), escolares e adolescentes (mar, tanques).

O acidente ocorre por vezes, no decurso de saltos para a água, mergulhos e, associa-se outras vezes, ao consumo de álcool.

Fisiopatologia

Ocorrendo submersão, todos os órgãos e tecidos correm o risco de hipoxia-isquemia.

Em minutos, a hipóxia-isquemia pode levar a paragem cardíaca, a que se poderá associar laringoespasma e aspiração de água para a via respiratória, o que contribui para agravar a hipóxia.

Seja por aspiração ou por laringoespasma, surge a hipoxemia com conseqüente morte celular.

A mortalidade e a morbidade estão, no essencial, dependentes da duração da hipoxemia.

No quase afogamento são frequentes o aparecimento de complicações multiorgânicas, resultantes da hipoxemia, quer directamente relacionada com a submersão, quer secundária a complicações, mais frequentemente pulmonares, cardíacas e neurológicas. A hipoxemia, a acidose metabólica e a hiperpermeabilidade vascular condicionam o aparecimento de hipovolemia e disfunção cardíaca e, a breve trecho, hipotensão importante, muitas vezes irreversível.

As tradicionais questões relativas à submersão em água doce (risco de edema pulmonar e cerebral), água salgada (hipovolemia), água muito fria ($<5^{\circ}\text{C}$), água quente ($>20^{\circ}\text{C}$), são de nula relevância clínica.

As alterações osmóticas surgem acima de 22ml/kg aspirados, sendo que na maioria dos afogamentos, não são aspirados mais de 5ml/kg.

Avaliação

A história clínica é importante.

Perguntar sobre as circunstâncias do acidente, antecedentes de epilepsia, doenças cardíacas, traumatismos cervicais e ingestão de álcool ou drogas.

Os sintomas e sinais habitualmente associados são: tosse, dispnéia, sibilos, hipotermia, vômitos, diarreia, arritmia cardíaca, alteração de consciência, paragem cardio-respiratória e morte.

Avaliar a estabilidade cervical, pela probabilidade de acidentes com fractura das vértebras cervicais.

Detectar eventuais sinais de abuso e negligência.

Em função do contexto clínico, poderá haver necessidade de:

- **Monitorização** contínua cardio-respiratória, da pressão arterial e da saturação O₂ (oximetria de pulso), da hemoglobina e do ECG.
- **Exames complementares:** Hemograma, enzimas hepáticas, glicemia, ureia/creatinina.
- **Estudos imagiológicos:** radiografia do tórax, crânio, coluna cervical, etc.

Tratamento - medidas gerais e específicas

A actuação deve ser de acordo com os dados da história clínica e dos exames complementares.

- A medida prioritária é proceder ao ABC da reanimação (vias respiratórias livres, ventilação e circulação).
- Fazer uma ou duas fortes compressões na base do tórax, com o doente em decúbito ventral (técnica de Heimlich).
- Fazer aspiração bucofaringea.
- Administrar oxigénio a 100%. O uso de Ambú pode implicar a utilização de pressões bastante superiores às habituais, devido à baixa distensibilidade pulmonar, resultante do edema.
- Colocar colar cervical → hipótese de lesão das vértebras cervicais.
- Iniciar massagem cardíaca e respiração boca a boca.
- Retirar a roupa molhada, secar o doente e agasalhar.



Pacientes com breves momentos de submersão e sem sintomatologia, podem regressar à casa, após 8 a 12h horas de observação.

Pacientes com sinais de disfunção respiratória, hipoxemia, alterações do estado de consciência, devem ser **transferidos para o Hospital, com O₂ em curso**, depois de:

- **Intubação nasogástrica e aspiração do estômago**
- **Expansão vascular (Soro fisiológico ou Ringer: 20ml/kg em 30 minutos)**
- **Estabilização do doente**

Complicações

As complicações imediatas são as relacionadas com a hipóxia e a acidose, com repercussão sobre o sistema cardiovascular, tendo em atenção a possibilidade de disritmias e, em particular, fibrilhação ventricular e assistolia. Se a lesão cardíaca for muito grave, o choque cardiogénico irreversível é uma possibilidade.

As lesões do SNC dependem igualmente da intensidade e duração da hipóxia.

A sobrevivência em estado vegetativo, é uma complicação particularmente grave.

O quase afogamento associa-se, muito frequentemente, a **pneumonia**, e no caso de submersão em piscina, a **pneumonite**.

Prognóstico

O prognóstico está directamente relacionado com a duração e a magnitude da hipóxia e, também, com a qualidade dos cuidados pré-hospitalares.

É mau, quando a submersão for acima de 9 minutos e a reanimação superior a 25 minutos (critérios de Quan).

Os doentes que necessitam de ressuscitação cardio-respiratória no hospital, têm elevadíssima taxa de mortalidade

e morbidade (35-60% morrem no serviço de urgência). Dos sobreviventes, em 60 a 100% poderão registrar-se sequelas neurológicas.

Nos doentes admitidos em estado vigil, no serviço de urgência, o prognóstico depende de eventuais complicações pulmonares.

Crianças em coma, continuam a ter prognóstico reservado.

Prevenção

Quase sempre acidentais, as situações de afogamento podem ser prevenidas com *bom senso e medidas simples e de fácil aplicação prática*:

- Colocar portas de segurança, muros e redes, em torno de poços, tanques, piscinas, etc.
- Evitar as bóias, mesmo sob vigilância
- Esvaziar banheiras, baldes e alguidares, após a sua utilização
- Nunca nadar sozinha, sem vigilância familiar
- O adulto de vigilância deve saber nadar e actuar em caso de acidente

NB – Crianças que sabem nadar, são as de maior risco, pela sensação de segurança que transmitem.



ANEMIAS



ANEMIAS

Conceito

A anemia geralmente é definida como a redução do número de eritrócitos, ou a redução dos valores da hemoglobina e do hematócrito.

Na prática e, seguindo as orientações da OMS, devem ser consideradas anêmicas, as crianças com valores de hemoglobina inferiores a 11 g/dl (6 meses a 6 anos de idade) ou de 12 g/dl (> 6 anos de idade).

Uma história clínica bem detalhada, na maioria dos casos, sugere o tipo de anemia.

Os dados particularmente importantes são: idade, sexo, raça, dieta, drogas, história familiar e perdas.

Fisiopatologia

Há essencialmente três mecanismos fisiopatológicos:

- 1-Destruição de eritrócitos.
- 2-Diminuição da contagem de eritrócitos, devido a hemorragia.
- 3-Falência na produção de eritrócitos



Anemia pressupõe, assim, uma diminuição do número de eritrócitos e uma vez que a principal função destes é o transporte da hemoglobina, que por sua vez é responsável pelo transporte de oxigênio dos pulmões para os tecidos, toda a alteração no número de eritrócitos/quantidade de hemoglobina, tem como consequência final, uma **hipóxia tecidual**.

Sintomas e sinais clínicos das anemias (todos inespecíficos):

Dependem da gravidade, rapidez de instalação e estado cardiovascular e respiratório prévio.

As anemias graves, de instalação lenta e progressiva (carenciais, aplásticas), podem ser assintomáticas durante muito tempo.

Na anemia aguda (hemorragia e sequestro esplênico), predominam sinais de hipovolémia e choque, enquanto que nos casos de hemólise grave aguda, predominam sinais de insuficiência cardíaca congestiva.

Pode-se encontrar:

- Palidez da pele e mucosas, embora nem toda a palidez seja devida à anemia, mas sim, a uma vasoconstrição periférica.
- Cansaço fácil, prostração e anorexia.
- Taquipneia, taquicardia, dispneia e sopro cardíaco. Icterícia e urina escura (colúria).
- Irritabilidade.
- Atraso de crescimento e desenvolvimento
- Esplenomegalia e/ou hepatomegalia.
- Dismorfismo facial, em algumas anemias de causa genética.

Deve-se ter em conta que a anemia pode não ser uma doença em si, mas fazer parte de uma síndrome.



Classificação das anemias:

A-Fisiopatológica

- a) por perdas sanguíneas
- b) por excesso de destruição
- c) por alterações da produção

B- Morfológica

- ↓VGM

Exames complementares

(Sequencial, conforme a orientação diagnóstica)

- Hemograma completo
- Contagem de eritrócitos
- Contagem de reticulócitos
- Bilirrubinas
- LDH
- Doseamento do ferro sérico
- Doseamento da ferritina
- Pesquisa de células falciformes
- Electroforese da hemoglobina
- Teste de Coombs directo
- Estudo morfológico dos eritrócitos

Merecem destaque os seguintes grupos etários:

A. Período neonatal:

A anemia diagnosticada ao nascimento ou durante a 1ª semana de vida é devida a:

1. Perda sanguínea ainda intra-útero, durante o parto ou nos primeiros dias de vida;
2. Produção insuficiente (a eritroblastopenia congénita é pouco frequente);



3. Destruição acentuada (hemólise de várias causas: incompatibilidade RH, ABO e grupos menores, infecção, coagulação intravascular disseminada, anemias hemolíticas - esferocitose, deficiência enzimática em G6PD e PK, hemoglobi-nopatas)

B. Após os 6 meses de idade:

A deficiência de ferro continua a ser a causa mais comum de anemia, nos menores de 5 anos em Cabo-Verde.

Um protocolo para administração de ferro profilático (suplementação), nas crianças com menos de 2 anos, acompanhado de educação alimentar, é recomendado no programa de atenção à saúde da criança.

Anemia ferripriva

Conceito – Anemia carencial, que atinge a maioria das crianças, especialmente na faixa etária dos 6 aos 24 meses, segundo a OMS.

Em Cabo-Verde 54% das crianças <5anos tem anemia ferropriva (IDSR 2005).

Diagnóstico – Verificar a história alimentar (uso de leite integral exclusivo), perdas sanguíneas, diarreias ou outras infecções e enteroparasitoses.

O cortejo sintomático começa quando a hemoglobina atinge o valor de 7-8g/dl e é bastante amplo: palidez, irritabilidade, anorexia, taquicardia e, até sinais de ICC nos casos mais graves.

Considerar como portador de anemia, crianças com hemoglobina < 11 g/dl (6 meses a 6 anos de idade) ou 12 g/dl (> 6 anos de idade).

Na anemia ferripriva, quando possível, verificar a diminuição da hemoglobina corpuscular média (HCM= 27-30pg) e do volume corpuscular médio (VCM= 80-100fl)

ou alterações morfológicas das hemácias (anisocitose, hipocromia ou microcitose).

A Ferritina (0,2-2%) e o Ferro sérico (37-150 μ g) estão baixos.

Nos casos de anemia ferripriva grave (Hg < 5g/dl), investigar perda de sangue oculto nas fezes. Se positivo, afastar: intolerância às proteínas do leite de vaca, infestação por Entamoeba histolytica, Ancilostoma duodenale e Necator americanus, esofagite de refluxo e rectocolite ulcerativa inespecífica.

Conduta a seguir:

- Aleitamento materno exclusivo até 6 meses e prolongado
- Dieta rica em ferro (feijão congo, espinafres, ovos, carnes, fígado, alimentos enriquecidos com ferro) e vitamina C.
- Sais de ferro (Sulfato ou Gluconato ferroso) - 20 mg/kg/dia – 3 a 5mg de ferro elementar/dia, longe das refeições, durante um período de 3 meses. Manter o tratamento até 4 semanas após normalização da hemoglobina.
- Vitamina C - 5mg/kg/d
- Hemotransfusão com concentrado de glóbulos, 5 a 10/ml/kg, só está indicada nos casos graves, com disfunção cardiocirculatória, ou quando há doenças associadas, como pneumonia grave, septicemia ou cardiopatias (sempre com consentimento livre e esclarecido).

Protocolo de prevenção de Anemia Ferripriva em Cabo Verde

SUPLEMENTAÇÃO ÀS CRIANÇAS

A suplementação deve ser feita nas seguintes situações:

- Prematuros
- Baixo peso ao nascer (≤ 2500 g)
- Gémeos
- Todas as crianças entre os 6 meses e os 5 anos.

Efeitos adversos:

Epigastralgia, alterações do trânsito gastrointestinal (vómitos, diarreia ou obstipação) e fezes de cor negra.

Posologia:

O ferro deve ser administrado **antes das refeições**.

A dose é calculada com base no ferro iónico - 1 a 2 mg/kg/dia.

A vitamina C - 1 gota /kg /dia.

Quando iniciar a suplementação?

a) Crianças de termo:

A partir dos 6 meses e até os 5 anos - vários períodos de 50 dias.

A partir do 6º mês	50 dias
No reforço de tríplice e pólio	50 dias
Aos 24 meses	50 dias

b) Prematuros, baixo peso ao nascer e gémeos:
Na consulta efectuada para a 1ª dose de Tripla e Pólio, ou seja aos 2 meses:

Idade	Dose diária	Período	Vitamina C
45 dias	2,5 ml de xarope	Até completar os 6 meses	NºGotas = peso (kg)

Anemia Falciforme

Conceito - Anemia hemolítica, de herança autosómica recessiva, caracterizada pela presença da hemoglobina S que, em situações de hipóxia (desencadeada por desidratação, infecção, ácidos, frio, esforço físico), altera a forma das hemácias (forma em foice) que, associada a alterações da microcirculação, contribui para a oclusão microvascular, com consequente isquémia de órgão, dor ou oclusão de grandes vasos.

É a hemoglobinopatia mais comum entre nós.

Formas de apresentação clínica - As manifestações clínicas, usualmente, só se fazem presentes após o 6º mês de vida, devido à protecção oferecida pela hemoglobina fetal.

Os sinais e sintomas são os comuns, decorrentes de:

1 - **Crises hemolíticas** → anemia, icterícia com predomínio de bilirrubina indirecta, esplenomegalia e aumento de reticulócitos.

2 - **Crises aplásticas** → agravamento da anemia, de instalação rápida e, reticulocitopenia, comuns a qualquer situação de hemolise crónica.

3 - **Crises vaso-oclusivas ou algicas**, com fenómenos de isquémia tecidular, nas quais se podem descrever:

- Síndrome da dor torácica aguda - pulmão drepanocítico, devido a enfarto pulmonar
- Crises vaso-oclusivas a nível do Sistema Nervoso Central
- Crises esqueléticas, de que são exemplo, as dactilites (síndrome mão/pé, particularmente no lactente) e por vezes, a necrose asséptica da cabeça do fémur e do úmero. Manifestam-se por dores osteoarticulares e levantam, algumas vezes, problemas de diagnóstico diferencial com a osteomielite.
- Crises dolorosas abdominais (enfartes mesentéricos).

4 - **Crises de sequestro** → hipovolemia decorrente da acumulação de grande quantidade de sangue no baço.

5 - Infecções por *S. pneumoniae*, *H. influenza*, *Salmonella* → complicações frequentes, por falta de imunidade específica, devido a hipofunção esplênica.

6 - Litíase biliar, atraso puberal, priapismo e hemossiderose → em crianças sujeitas a regimes de alta transfusão.

Diagnóstico

O diagnóstico deve ser precoce, para diminuir a morbimortalidade.

Baseia-se na história clínica, exame físico, **prova de falciformação/falcização positiva** e na **electroforese da hemoglobina** (este, ainda não disponível nos nossos laboratórios, é o único que faz o diagnóstico diferencial entre anemia e traço falciforme).

Outros exames complementares (nas crises)

- Hemograma completo
- Contagem de reticulocitos
- Ferritina
- LDH
- Ureia/creatinina
- Urina tipo II
- Hemoculturas
- Serologia para VIH, hepatites B e C (que deve ser monitorizada em caso de transfusões)
- Rx do tórax
- Ecografia abdominal

Crítérios de internamento

- Algas/artralgias
- Dificuldade respiratória



- Sintomas neurológicos
- Febre
- Prostração
- Dor ou distensão abdominal
- Vômitos
- Hg < 5g/dl ou ↓ 2g/dl em relação ao valor habitual

Tratamento hospitalar

Não há tratamento específico, mas o manejo das crises deve ser feito, de acordo com a sua forma de apresentação:

- ✓ Hidratação
- ✓ Correção da acidose, se presente.
- ✓ Ácido acetil salicílico, 60-80 mg/kg/dia, 6/6h ou outros analgésicos (Paracetamol ou Tramadol)
- ✓ Hemotransfusão (sempre com consentimento livre e esclarecido), nos casos de sequestro esplênico, crises hemolíticas/aplásticas, AVC ou intercorrências infecciosas graves
- ✓ Antibioticoterapia se infecção associada. **Não esquecer a predisposição para desenvolvimento de septicemias por germens capsulados**, já referidos acima.
- ✓ Desferoxamina (se ferritina >1000ng/dl) → 25mg/kg/dia, em perfusão subcutânea durante 8h, à noite, 5 vezes por semana
- ✓ Ácido fólico 5mg/dia

Seguimento ambulatorial:

Um bom acompanhamento, com prevenção das complicações, aumenta a esperança de vida para mais de 40 anos.

Medidas profiláticas:

- Dieta rica em ácido fólico e pobre em ferro
- Ácido fólico (5mg/dia por tempo indeterminado)
- Na impossibilidade de vacinação contra *H. influenza* tipo B e *S. pneumoniae*, administrar penicilina benzatínica, a cada 21 dias (600.0000 UI se <25kg e 1.200.000 UI se >25 kg), a partir dos 3 meses de vida até, pelo menos, aos 5 anos de idade. Há pediatras que aconselham até à idade adulta.
- Vacinação contra Hepatite B, em crianças não imunizadas.
- Rastreio dos pais e irmãos.
- Educação para a saúde e planeamento familiar.

BRONCOESPASMO



BRONCOESPASMO

Conceito

Estreitamento do lume brônquico, como consequência da contracção da musculatura dos brônquios, que leva a dispneia, sibilos, dor torácica ou tosse.

Causas mais frequentes:

- Inflamação dos brônquios.
- Broncoespasmo induzido pelo exercício.
- Hiperactividade brônquica.
- Infecções respiratórias (Vírus, Mycoplasma ou Chlamydia, Bordetella pertussis).
- Bronquiolite em crianças pequenas (< 2anos).
- Asma
- Corpo estranho
- Refluxo gastro-esofágico (RGE)
- Medicamentos (salicilatos)

*Referência detalhada a duas situações mais frequentes:
Bronquiolite e Asma*

Bronquiolite

Conceito - Infecção respiratória aguda, habitualmente de



etiologia viral, mais frequente nos dois primeiros anos de vida, particularmente nos 1^{os} 3 meses.

Etiologia - Vírus sincicial respiratório é o agente etiológico mais frequente (50 a 80% dos casos), seguido do adenovírus (1, 3, 5, 7 e 21), parainfluenza (serotipos 1 e 3), enterovirus e bactérias atípicas (*M. pneumoniae*, *C. trachomatis* e *C. pneumoniae*, *U. urealyticum*)

Fisiopatologia - Edema da mucosa, associado a rolhões resultantes da necrose celular, provocam diminuição do calibre dos bronquíolos ou a sua obstrução total. Para este processo contribui ainda, o espasmo da musculatura lisa, provavelmente em resposta a mediadores de inflamação

Clínica - Manifesta-se por rinorreia, febre moderada durante 1 ou 2 dias, com agravamento progressivo, surgindo dispneia expiratória com taquipneia (FR > 50-60 cpm), tiragem, adejo nasal, palidez, cianose e taquicárdia. A auscultação pulmonar pode revelar: tempo expiratório prolongado, roncos, sibilos, ferveores dispersos em ambos os hemitóraces ou diminuição do murmúrio vesicular. É comum a associação de conjuntivite, otite e faringite. O prognóstico é geralmente bom.

Fatores que aumentam o risco:

- Idade inferior a 6 meses
- Prematuridade
- Cardiopatias
- Pneumopatias
- Imunodeficiência
- Distúrbios do sistema nervoso

Critérios de Gravidade

Ligeira	Moderada	Grave
FR < 50	FR > 50-70	FR > 70
Tiragem discreta	Tiragem ligeira / moderada	Tiragem global
TE ligeiramente ↑	TE ↑	TE ↑↑
Sibilos bilaterais	Sibilos bilaterais	↓ MV
SpO2 > 92 %	SpO2 88-92 %	SpO2 < 88%
Boa hidratação	Boa hidratação	Desidratação
Aceita a via oral (VO)	Aceita regularmente a VO	Dificuldade em aceitar a VO
Boa coloração	Boa coloração	Cianose
Boa perfusão periférica	Boa perfusão periférica	Má perfusão periférica
		Apneia recorrente
		Doença crónica

Diagnóstico Diferencial

- Asma
- Broncoaspiração
- Pneumonia
- Aspiração de corpo estranho
- Fibrose Quística
- Sepsis
- Disquinesia ciliar primária
- Traqueo/broncomalácia
- Insuficiência Cardíaca
- Pneumotórax

Exames complementares nos casos mais graves ou com complicações:

- ✓ Radiografia tórax → pode ser normal ou apresentar hiperinsuflação bilateral, infiltrados peribrônquicos ou dispersos e atelectasias segmentares;
- ✓ Hemograma
- ✓ PCR
- ✓ Ionograma

Tanto a asma como a bronquiolite vírica, manifestam-se por dispneia e sibilos.

A presença de um 3º episódio de bronquiolite, em crianças menores de 2 anos, levanta a suspeita de asma brônquica.



Tratamento

A maioria das bronquiolites pode ser tratada em **regime ambulatorial**:

- Elevação da cabeceira a 30°
- Atmosfera húmida
- Hidratação
- Antipiréticos
- Tapotagem (para ajudar a criança a drenar a expectoração)
- Broncodilatador (manter se houver melhoria clínica ou da SpO₂)

Critérios de internamento:

- Idade inferior a 6 meses
- Frequência respiratória em repouso, persistentemente > 60 ciclos/min
- Hipoxémia: saturação de O₂ < 90%
- Apnéia
- Recusa ou incapacidade de ingestão ou presença de vômitos.
- Situação social grave que não garante cuidados no domicílio.
- Doença crónica coexistente: pneumopatias, cardiopatias, neuropatias, imunodeficiências, etc.

Tratamento hospitalar

A - Hidratação adequada

- Estimular a ingestão de líquidos e alimentação por via oral;
- Venoclise em pacientes com FR >80 cpm (volume a infundir: 70% da taxa hídrica basal, tendo em conta



a possibilidade da síndrome de secreção inapropriada da ADH, para não precipitar o edema agudo de pulmão, por sobrecarga).

B - Desobstrução nasal

- Recomenda-se desobstruir, antes de alimentar a criança e antes de cada terapia inalatória;
- Aspiração de secreções: aspirador ou bomba de sucção, utilizando previamente soluções salinas nasais.

C - Oxigenação

- Indicação: Cianose ou Saturação de O₂ < 90% , em ar ambiente;
- Objetivo: Atingir Saturação de O₂ entre 90-94%;
- Catéter nasal: máximo 2L/min;
- Máscara facial: mínimo: 4L/min;
- Desmame: saturação de O₂ >90-92 %, se a criança estiver tranquila e alimentando-se bem.

D - Cinesiterapia respiratória

- pode agravar a dificuldade respiratória na fase aguda da doença, mas é útil na fase de convalescença

Importante:

- A utilização de Aerossol de salbutamol é controversa, mas alivia algumas crianças, pelo que se recomenda uma tentativa (uma dose de ensaio) com 0,01 a 0,03ml/kg, diluído em 5cc de soro fisiológico, em nebulização. Se houver melhoria, traduzida por aumento da saturação de O₂, medida por oximetria de pulso, continuar. Se não houver resposta, interromper o tratamento com Salbutamol.

- O corticoide não tem indicação, pois não altera o curso da bronquiolite aguda de etiologia viral.



- O uso de Antibiótico também não tem indicação de rotina, apenas se for documentada complicação de infecção bacteriana secundária. Outras complicações poderão ser atelectasia, pneumotorax, pneumomediastino, apneia, insuficiência respiratória aguda.

ASMA BRÔNQUICA

Conceito – Doença inflamatória crónica, associada a hiperactividade brônquica, com agudizações frequentes, que conduzem a obstrução reversível das vias aéreas. É extremamente comum na infância.

Os factores precipitantes das crises são →alergenos, infecção, esforços físicos, alterações climáticas, poluição, tabagismo e stress emocional.

Fisiopatologia -Há obrigatoriamente inflamação e hiperactividade brônquica com edema, acumulação de secreções, broncoespasmo devido à contractura da musculatura lisa, reversível na maioria dos casos, mediante tratamento adequado.

Diagnóstico:

- Clínica –tosse recorrente, com sibilos e dispneia, podendo ser precedida de resfriado.
- Antecedentes – história pessoal e familiar de atopia.
- Grupo etário – rara antes de 1 ano de idade.

A radiografia de tórax só tem indicação, se houver suspeita de complicações.

Perante uma crise de asma, antes de estabelecer o plano terapêutico, há que avaliar os critérios de gravidade, com base na **anamnese** (crises anteriores, factores desencadeantes, duração, internamentos anteriores, tratamento prévio, tolerância ao exercício ou outras doenças) e no **exame objectivo**.

Os casos graves poderão complicar-se com atelectasia, pneumotorax ou serem acompanhados de pneumonia.

Classificação da crise asmática

SINAIS	LIGEIRA	MODERADA	GRAVE
Frequência	< 30 cpm	30 a 50 cpm	> 50 cpm
FC	< 120 bpm	> 120 bpm	> 150 bpm
Dispneia	Tiragem	Tiragem ++	Tiragem +++ / respiração parado- xal
Cor da pele	Normal	Palidez	Cianose
Auscultação	Sibilos	Sibilos ++	Ventilação defi- ciente
Fala	Fala sem esforço	Cansaço ao Falar. fala entrecortada	Impossível falar

Diagnóstico Diferencial

1. Aspiração de corpo estranho	7. Massas hipofaríngeas
2. Refluxo gastroesofágico (RGE)	8. Massas mediastinais
3. Bronquiolites	9. Disquinesia da laringe
4. Aspergilose bronco pulmonar alérgica	10. Prematuro com displasia brocopulmonar
5. Bronquiectasias	11. Síndrome de Loeffler
6. Insuficiência cardíaca	Síndrome de hiperventilação
	12. Fibrose quística

Tratamento

Regime ambulatorial:

Esquema 1 → crise ligeira e

- Evolução < 6h
- Sem tratamento no domicílio
- Sem antecedentes de crises graves

➤ **Aerossol com Salbutamol ou Salbutamol xarope, 1 ml/kg/dia, de 8/8 horas, durante 5 a 7 dias.**

Esquema 2 → crise ligeira e

- Evolução > 6h e/ou
- Antecedentes de crises graves

➤ **Salbutamol xarope 1 ml/kg/dia de 8/8 horas, 5 a 7 dias.**

➤ **Prednisolona oral → 1 a 2mg/kg/dose única de manhã, durante 3 dias.**

TRATAMENTO NA AGUDIZAÇÃO ASMÁTICA

	LIGEIRA	MODERADA	GRAVE
Evolução	< 6 horas	< 6 horas	Indiferente
Terapia prévia	Não	Sim	Indiferente
Crises graves anteriores	Não	Sim	Indiferente
Dispneia	Bem tolerado/ Choro	Anda/Dificuldade na alimentação	Discurso difícil/Alimentação Ø
Sibilos	+ / ++	+++ / ++++	++++ até Ø
Resposta aos broncodilatadores	> 3 horas	2 a 3 horas	< 2 horas
Sinais de alarme			FRS > 50cpm; FC > 130 bpm; bradicardia, cianose, obnubilação
TRATAMENTO:			
Aerossol com broncodilatador (DB) agonista - β_2- Salbutamol: 0.03 ml/kg/dose (Max=1ml)	De: 20/20 min. ou 30/30 min, durante 1 ou 2 horas. Se melhoria, alta medicado com BD em nebulizador, pó seco ou oral, de acordo com a idade. Sem melhoria →→	De: 30/30 min, durante 1 ou 2 horas. →→→+	Aerossolterapia imediata (20/20 min, durante 1 ou 2 h + anticolinérgico no aerossol inicial) associada a Prednisolona EV 2mg/kg/dose (dose Max: 60 mg) AVALIAR RESPOSTA SEM MELHORIA SIGNIFICATIVA (até 30 a 60 min). L
Prednisolona oral		2 mg/kg/dose (EV se vômitos) - Dose Max: 60 mg Se melhoria, alta medicado com BD e prednisolona oral, 2mg/kg/dia durante 3 dias. Sem melhoria →→→	REFERENCIAR AO HOSPITAL Monitorizar FC, FR e Sat O ₂ -Broncodilatador (20/20min ou contínuo + anticolinérgico 4/4h) + Corticóide ev. 4/4h+ O ₂ Ponderar Aminofilina, bolo inicial (20- 30 min), 5-6 mg/kg, ev Manutenção: perfusão contínua 0.7-1mg/kg/h ou 5mg/kg de 6/6h

Seguimento

A asma é uma doença crónica, recorrente. Deve-se efectuar um plano de tratamento a longo prazo, de acordo com a frequência e gravidade de sintomas.

Tentar evitar os factores precipitantes descritos acima.

Encaminhar os casos de difícil controlo, para o alergologista ou o pneumologista.

CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE

A asma pode ser classificada, quanto à gravidade, em **intermitente e persistente leve, moderada e grave**:

Quadro 2 - Classificação da gravidade da asma

	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Sintomas falta de ar, aperto, chiado e tosse	< 1 vez/semana	>1 vez/semana e < 1 vez/dia	Diários, mas não contínuos	Diários e contínuos
Actividades	Em geral normais Falta ocasional à escola	Limitação para grandes esforços Faltas ocasionais à escola	Prejudicadas Algumas faltas à escola Sintomas com exercício moderado	Limitação diária Falta frequente à escola Sintomas com exercícios leves
Crises	Ocasionais (leves) Controladas com bronco-dilatadores, sem ida à emergência	Infrequentes algumas requerendo uso de corticoide.	Frequentes Algumas com ida à emergência e uso de corticoides sistémicos ou internamento	Frequentes – graves Necessidade de corticoides sistémicos internamento e risco de vida
Sintomas nocturnos (despertar com chiado ou tosse)	Raros < 2 vezes/mês	Ocasionais >2 vezes/mês < 1 vez/semana	Comuns >1 vez/semana	Quase diários >2 vezes/semana
Broncodilatador para alívio	< 1 vez/semana	< 2 vezes/semana	>2 vezes/semana < 2 vezes/dia	> 2 vezes/dia

N.B.: Pacientes com crises pouco frequentes, mas que coloquem a vida em risco, devem ser classificados como portadores de asma persistente grave.

TRATAMENTO PREVENTIVO

Fármacos recomendados de acordo com o grau de gravidade.

Gravidade	Medicação diária controladora	Outras opções
Grau 1: Intermittente	Nenhuma	Nenhuma
Grau 2: Persistente ligeira	Corticóide inalado (doses baixas)	Teofilina de libertação lenta ou Cromona ou Anti-leucotrieno
Grau 3: Persistente moderada	Corticóide inalado (doses moderadas)	Corticóide inalado (doses moderadas) e Teofilina de libertação lenta ou Corticóide inalado (doses moderadas) e agonista- β_2 inalado de longa acção ou Corticóide inalado doses elevadas ou Corticóide inalado doses moderadas e anti-leucotrieno
Grau 4: Persistente grave	Corticóide inalado (doses elevadas) e, se necessário, um ou mais dos seguintes: - Teofilina de libertação lenta - Antileucotrieno - Agonista- β_2 inalado de longa acção - Corticóide oral	

CONVULSÕES



CONVULSÕES

Conceito

As convulsões são contrações musculares, que se manifestam por movimentos rítmicos involuntários e anormais, acompanhados de alterações do tónus muscular, esfíncteres e do comportamento, como resultado de uma descarga eléctrica paroxística dos neurónios cerebrais

É um fenómeno frequente até aos 5 anos, sendo em mais de metade, convulsões febris, com um prognóstico tranquilizador.

Diagnóstico (repousa sobre 3 pilares):

1 - Interrogatório

- Antecedentes (pessoais e familiares)
- Factores desencadeantes
- Desenvolvimento psicomotor

2 - Descrição da crise

- Febril ou não
- Tónica ou clónica
- Parcial ou generalizada



- Revolução ocular
- Hipersialorreia
- Duração → Crise prolongada ≥ 15 min
- Frequência
- Déficit motor post-crise
- Tratamento anterior

3 - Exame neurológico (importante descartar sinais de infecção do SNC)

- Normal
- Anormal

Classificação das convulsões infantis

- Convulsões neonatais (até 28d)*
- Convulsões com febre*
 - Infecção do sistema nervoso central (meningite e paludismo)
 - Convulsões febris
- Convulsões sem febre
- Epilepsia

****Nesses casos, o mais importante é classificar como criança grave e transferir para o hospital***

Etiologia

- Infecção
- Traumatismo
- Intoxicação
- Privação de drogas
- Metabólica
- Vascular
- Tumor do SNC
- Malformações congénitas
- Outras



Convulsões neonatais (até 28 dias de vida)

Atenção às convulsões subteis (movimentos rotatórios dos globos oculares, clonias palpebrais, crises de cianose, movimentos mastigatórios, movimentos de pedalagem, boxe, apneia)

- Hipoxia/anoxia (intrauterina ou perinatal)
- Isquemia cerebral
- Hemorragia intracraniana
- Infecção do sistema nervoso central
- Metabólica (Hipoglicemia, Hipocalcemia, Deficiência de piridoxina)
- Privação de drogas
- Erros inatos de metabolismo
- Anomalias estruturais do SNC
- Transtornos hereditários

Conduta / Tratamento

- ✓ Manter as vias aéreas permeáveis (aspirar secreções, cânula orofaringe)
- ✓ Decúbito lateral (excepto se existir traumatismo prévio)
- ✓ O₂ a 100%
- ✓ Avaliar coloração, movimentos torácicos, FR, AP, FC, TA e perfusão periférica
- ✓ Canalizar veia periférica com SG 5%
- ✓ Corrigir a hipoglicemia se < 40mg/dl. Administrar SG10% 2ml/kg ev, seguido de SG 5% com velocidade infusão glucose (**vig**), de 5 mg/kg/min de manutenção
- ✓ Corrigir hipocalcemia se Ca⁺ <7 mg/dl. Administrar Ca 10%, 1ml/kg ev
- ✓ Corrigir hipomagnesemia se Mg⁺ <1,5 mg/dl. Administrar Sulfato de magnésio a 50% 0,1 a 0,2ml/Kg, IM ou EV lento. A dose pode ser repetida 12 a 24 h depois se necessário.

✓ Fenobarbital

Ampola 200mg/2 ml, retirar 1 ml diluir em 9 ml de SF (1 ml = 10 mg)

- Dose de impregnação -15 mg/kg ev, diluído em SF, durante 30 min, sob vigilância cardio-respiratória.
- Se não ceder, repetir Fenobarbital 10 mg/Kg ev.
- Manutenção 3-5 mg/Kg/ dia em 2 doses

Se não ceder transferir para Hospital

- ✓ Difenilhidantoina (Fenitoína) →15 mg/kg ev lento, diluído em SF, em 20 minutos; depois 3 - 5 mg/kg/d 12/12h
- ✓ Piridoxina (se convulsão refractária) →50 a 100 mg ev

Em caso de persistência e sob ventilação assistida:

- ✓ Clonazepan 0,1 a 0,2 mg/kg ev (30 segundos). Depois, infusão de 0,01-0,03 mg/kg/hora. Passar à via oral, dose única, quando controlada a convulsão.
- ✓ Tiopental, 5 mg/Kg EV lento. Depois 2-4mg/Kg/hora

Suspensão do tratamento 1 a 2 semanas após a última convulsão, na ausência de factores de risco, com manutenção da vigilância por mais 1 semana.

Na presença de factores de risco, manter Fenobarbital por 3 meses e suspender o tratamento, na ausência de convulsões e EEG sem alterações.

Convulsões em lactentes e crianças

- Febril: Sepsis, Infecção SNC
- Alterações hidroelectrolíticas
- Traumatismo Crânio-encefálico (TCE)
- Neurocistecercose
- Intoxicações (aminofilina, salicilatos e álcool)

- Tumores do SNC
- Epilepsia

Convulsões em adolescentes

- Níveis baixos de anticonvulsivantes
- TCE
- Neurocisticercose
- Epilepsia
- Intoxicações (álcool e drogas)

Convulsões Febris

Constituem a maior parte das convulsões ocasionais. Trata-se de um diagnóstico de exclusão, após descartar-se de imediato, infecção do sistema nervoso central (a punção lombar é obrigatória).

Podem ser:

Simples	Complicadas
- 1 a 5 anos	- antes de 1 ano
- duração < 10 min.	- duração ≥ 10 min
- tônico-clônica generalizada	- hemicorporais direitas ou esquerdas
- sem déficit post-crítico	- déficit post-crítico
- sem antecedentes neurológicos	- com antecedentes neurológicos
- exame neurológico normal	- exame neurológico anormal

Tratamento

- Manter as vias aéreas permeáveis (aspirar secreções, cânula orofaringe)
 - Decúbito lateral
 - O₂ a 100%
 - Avaliar coloração, movimentos torácicos, FR, AP, FC, TA e perfusão periférica
 - Canalizar veia periférica com SG 5%
 - Paracetamol 15 a 20 mg/kg, via oral ou via rectal
 - Diazepam 0,3 mg/kg/dose, sob a forma de enema ou ev, nas crises que duram mais de 10 minutos.
- Repetir 5 minutos depois, até 2 mg/kg (dose cumulativa).



Seguimento

Um bom relacionamento médico/doente/família é importante no seguimento da criança com convulsão febril.

A convulsão febril complicada, deve ser investigada e a criança deve ficar com tratamento antiepiléptico desde a 1ª crise, até ao esclarecimento da situação e tratamento específico definitivo.

EPILEPSIA

Quando as crises convulsivas são recorrentes, falamos em **epilepsia**, que deve ser investigada e classificada, para se poder instituir um tratamento preciso.

Para a **classificação** são determinantes:

- A descrição das crises
- A observação dos fundos oculares
- Os exames complementares, principalmente o electro-encefalograma (EEG)

As descrições electroclínicas das crises permitem classificar as epilepsias em:

- Epilepsia generalizada (grande e pequeno mal)
- Epilepsia parcial

A maioria dos casos tem evolução benigna.

Quando se trata de situações graves (ver critérios de gravidade em baixo), impõe-se imagiologia neuroradiológica - TAC e/ou Ressonância Magnética.

Crítérios de gravidade

- Início precoce das crises
- Duração prolongada das crises
- Associação de vários tipos de crise
- Aspectos electroencefalográficos



- Lesão cerebral preexistente
- Resposta parcial ou ausência de resposta ao tratamento

Tratamento

Antes de mais, devemos desdramatizar a situação perante a criança e a família.

Explicar claramente as regras, os constrangimentos e os resultados de um tratamento anti-epiléptico.

A escolha do medicamento depende do tipo de epilepsia.

Começar sempre por *monoterapia*.

A mudança para um 2º medicamento só deve ser feita em caso de fracasso do 1º, após um período de ensaio suficiente de 2 a 3 meses.

Nesse caso enquanto se introduz lentamente o 2º medicamento, vai-se fazendo o desmame do 1º.

Epilepsias generalizadas → Valproato de sódio. A dose inicial recomendada é de 15 mg/kg/dia, podendo ser aumentada em intervalos semanais de 5 a 10mg/kg/dia, até que se obtenha o controle das convulsões ou até onde os efeitos colaterais permitam.

A dose máxima recomendada é de 60 mg/kg/dia.

Se a dose diária total exceder 250 mg esta deverá ser administrada de forma fracionada 20 a 40mg/kg de 12/12h.

Epilepsias parciais – Carbamazepina 20mg/Kg/dia, de 12/12h

Quando não se consegue controlar as crises, apesar do tratamento correcto, devemos rever o diagnóstico, considerar a necessidade de mais investigação, fazer doseamento sérico dos anti-epilépticos, mudar de anti-epiléptico ou associar outros anti-epilépticos.

Nas epilepsias benignas pode-se parar o tratamento de forma paulatina, após 2 anos sem crise.

Nas severas, mais tardiamente e, caso a caso.

Status Epilepticus (Causas variadas a investigar)

Conceito: Convulsão >30min ou presença de 2 ou mais convulsões sucessivas sem recuperação da consciência.

Tratamento

Diazepam

1ª dose - 0,3 a 0,5 mg/kg ev lento (≥ 2 minutos), máximo 10 mg/dose

Se não ceder 5 minutos depois:

2ª dose - 0,3 a 0,5 mg/kg ev lento (≥ 2 minutos), máximo 10 mg/dose

Se não melhorar em 5 minutos:

3ª dose - 0,3 a 0,5 mg/kg ev lento (≥ 2 minutos), máximo 10 mg/dose

Se não melhorar

Difenilhidantoína (Fenitoína) - 20 mg/kg (máximo 1g) ev lento, diluído em SF, em 20 minutos.

Repetir 10mg/kg ev lento, diluído em SF, em 20 minutos

Se não melhorar

Fenobarbital 20 mg/kg ev lento, diluído em SF, em 30 minutos

Repetir 2 doses extras de 5 mg/kg, com intervalo de 20 minutos, **se não melhorar,**

Se ceder, iniciar 24h depois, manutenção com Fenobarbital, na dose de 3 a 5 mg/kg/dia, de 12/12h

Se não melhorar, tentar:

Midazolam

Dose de ataque - 0,15 a 0,3mg/kg

Manutenção ev contínuo - 0,05 mg/kg/h, reajustar de 15 em 15 minutos até controlar a crise, (até 1,4 mg/kg/h), manter por 12 horas e reduzir gradualmente, de 15 em 15 minutos.

CORPO ESTRANHO
NAS VIAS
RESPIRATÓRIAS



CORPO ESTRANHO NAS VIAS RESPIRATÓRIAS

O corpo estranho nas vias respiratórias, acontece com frequência nas crianças pequenas de 1 a 4 anos, mais frequentemente no sexo masculino e deve ser evocado de maneira sistemática, perante toda a dificuldade respiratória obstrutiva aguda (sibilância ou estridor, cianose, e retracção torácica, apneia, etc).

A noção precisa de aspiração de corpo estranho é rara, sobretudo em crianças pequenas, com ausência de testemunhas.

Esta circunstância implica, por isso, elevado índice de suspeita.

Quando é presenciado, sempre há referência a um episódio de engasgamento, seguido de tosse intensa.

O agente responsável é qualquer objecto de pequenas dimensões (peças de jogos ou de brinquedos, balões, tampa de esferográfica, tipo bic, feijões, amendoim, botões, pilha de relógio, etc).

De um modo geral, os sinais e sintomas dependem da natureza, tamanho, localização e grau de obstrução do corpo estranho nas vias respiratórias e, se se trata duma situação antiga ou recente.

Conduta:

1. Corpo Estranho Antigo e Desconhecido

Rinorreia purulenta unilateral fétida	Infecções respiratórias de repetição sempre com a mesma localização radiológica
↓	↓
Corpo estranho intranasal	Corticóides e antibióticos 8 a 10d
↓	↓
Extração	Broncoscopia rígida sob anestesia geral e extração

2. Corpo Estranho Recente e/ou Conhecido

- a) Obstrução nasal unilateral = corpo estranho intranasal → extração com pinça
- b) Asfixia aguda, paragem respiratória ou dispneia alta com tiragem/estridor, disfonia, cianose = corpo estranho na laringe.

Se a criança está em apneia e tiver > 1ano, proceder à manobra de Heimlich (forte e brusca compressão epigástrica com os punhos, de baixo para cima).

Se tiver < 1ano, proceder à percussão forte no dorso.

- Supraglote → extração com pinça sob laringoscopia.
 - Subglote → intubar com uma sonda e empurrar para um brônquio, seguido de extração por broncoscopia rígida.
- c) Alternância de dispneia laringea com dispneia asmatiforme = corpo estranho traqueal → traqueo-broncoscopia rígida.

- d) Tosse, por vezes sem dispneia = corpo estranho brônquico → Rx (atelectasia, enfisema, desvio do mediastino e imagem do próprio corpo estranho, se este fôr radiopaco) → broncoscopia rígida.

Chama-se a atenção para as situações intermitentes, em que, após um episódio de sufocação, tosse persistente e cianose, a criança pode apresentar-se assintomática, reiniciando sintomas posteriormente.

O Rx de tórax PA e perfil e/ou cervical é muito importante para o diagnóstico, podendo visualizar-se o corpo estranho, se for radiopaco ou as alterações do RX (atelectasia ou insuflação).

Interconsulta com ORL e/ou pneumologista e, quando necessário, endoscopia.



CRIANÇA MALTATRADA



CRIANÇA MALTRATADA

Conceito

Trata-se de qualquer forma de actuação física e/ou emocional, inadequada e não acidental, resultante de disfunções e/ou carências nas relações entre crianças e adolescentes/jovens e pessoas mais velhas, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder.

Constituindo uma patologia de abordagem multifacetada, por equipas multidisciplinares, espera-se que o médico não perca a oportunidade de fazer o diagnóstico precoce, o tratamento e seguimento de eventuais lesões físicas e o encaminhamento adequado.

Fisiopatologia dos maus-tratos

É classicamente considerada uma tríade de factores e situações de risco:

1 - Factores inerentes aos pais

- Antecedentes de maus-tratos na sua própria infância
- Mães com menos de 20 anos, solteiras e sem apoio familiar



- Personalidade imatura e impulsiva
- Maior vulnerabilidade ao stress
- Fraca tolerância às frustrações
- Atraso mental
- Mudança frequente de companheiro(a)
- Mudança frequente de residência
- Antecedentes de criminalidade
- Toxicodependência (alcoolismo e outras drogas)

2 - Factores de risco inerentes às crianças

- Crianças nascidas de uma gravidez não desejada ou gemelar
- Crianças que sofreram separação da mãe no período neonatal
- Crianças que não correspondem às expectativas dos pais
- Crianças < 3anos
- Crianças deficientes ou portadoras de doença crónica
- Crianças hiperactivas, teimosas ou com outras alterações do comportamento

3 - Situações de crise → precipitantes

- Perda de emprego
- Agravamento das dificuldades económicas
- Morte de um familiar
- Diagnóstico de doença grave num familiar
- Separação ou divórcio dos pais
- Depressão da mãe ou qualquer outro acontecimento, que perturbe, o já instável equilíbrio familiar.

Tipologia dos maus-tratos

A violência para com as crianças manifesta-se como maus-tratos físicos (que no limite, se traduzem por infanticídio), abuso emocional ou psicológico, abuso sexual,

negligência, exploração no trabalho, exercício abusivo de autoridade, tráfico de crianças e adolescentes/jovens. As crianças e os jovens podem ser maltratados por um dos progenitores ou por ambos, pelos padrastos e madrastas, por um(a) cuidador(a), uma pessoa conhecida e *raramente por um estranho*.

Pela sua frequência e relevância, apenas serão abordadas as seguintes formas:

1 - Maus-tratos físicos - qualquer acção não acidental por parte dos pais ou pessoa com responsabilidade, poder ou confiança, que provoque ou possa provocar na criança ou adolescente/jovem, dano físico, lesões traumáticas (fracturas, equimoses, hematomas, hemorragias retinianas), sufocação, intoxicação e síndrome da criança abandonada.

Entre nós, é frequente a “criança batida,” com o corpo marcado por cicatrizes de formas e idades diferentes.

2 - Abuso emocional ou psicológico - acto de natureza intencional, caracterizado pela ausência ou inadequação persistente, activa ou passiva, do suporte afectivo e do reconhecimento das necessidades emocionais da criança ou jovem adolescente, tudo fazendo para diminuir a sua auto-estima, como sendo: insultos verbais, humilhação, ridicularização, desvalorização, ameaças, indiferença, discriminação, rejeição, culpabilização, crítica, etc.

3 - Abuso sexual - O abuso sexual traduz-se pelo envolvimento da criança ou adolescente em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual do adulto ou jovem adolescente mais velho, numa situação de poder ou de autoridade sobre aquele.

O mais frequente é ser intra-familiar e de forma repetida ao longo da infância.

São exemplo desse tipo de abuso:

- ✓ Obrigar a criança/jovem a presenciar conversa ou escritos obscenos
- ✓ Espectáculos ou objectos pornográficos ou actos de carácter exibicionista
- ✓ Utilização do menor em fotografias, filmes, gravações pornográficas ou em práticas sexuais de relevo
- ✓ A realização de coito (penetração oral, anal e/ou vaginal). Considera-se violação sempre que há penetração.
 - Até aos 5-6 anos, o pénis erecto do adulto não consegue penetrar a vagina, pelo que é considerado atentado ao pudor.
 - Dos 6 aos 9 anos, embora possa haver penetração, há lacerações extensas e desgarros do períneo e vagina.
 - A partir dos 10 anos, diminui a gravidade das lesões traumáticas perineais e vaginais, começando o risco da gravidez.

4 - Negligência - Constitui um comportamento passivo de omissão, relativamente aos cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto, saúde, segurança, educação, estimulação e apoio.

Pode ser **voluntária** (com a intenção de causar dano) ou **involuntária** (incompetência dos pais para assegurar os cuidados necessários e adequados.)

Inclui diversos tipos como:

- Negligência intra-uterina
- Negligência física
- Negligência emocional
- Negligência escolar
- Mendicidade
- Abandono



Em Cabo Verde temos algumas crianças negligenciadas e vivendo na rua. Neste grupo, os acidentes domésticos e atropelamentos, agravam ainda mais a sua situação.

5 - Síndrome de Munchausen por Procuração - É um quadro clínico em que a mãe da criança (a maioria com doenças do foro psiquiátrico) está sempre implicada, simulando ou causando doença no (a) filho(a).

O cenário habitual é o de um pai que tem um papel passivo e distante.

Esta situação é perpetrada em crianças incapazes ou não desejosas de identificar a agressão e o agressor.

Etiopatogénese

Existem várias possibilidades:

- Historia clínica inventada
- Falsificação dos resultados ou do nome do titular de exames complementares
- Lesão traumática em condições especiais
- Simulação de febre
- Convulsões provocadas por sufocação
- Coloração de fezes e urina com sangue, simulando rectorragias e hematúria

Diagnóstico de maus-tratos

As manifestações clínicas são muito variadas, dependendo do tipo de mau trato, não existindo lesões patognomónicas, pelo que temos de estar atentos e ter um elevado índice de suspeita diagnóstica.

Uma anamnese cuidada e um exame físico minucioso, serão os passos decisivos.

São sinais evocadores, entre outros: **criança mal-cuidada, malnutrida, com calendário vacinal desactualiza-**

do, sinais de pavor ou timidez sempre que um adulto se aproxima.

Atenção a uma história clínica inverosímil, com contradições, diferentes versões, discrepância entre a história e o tipo de lesões observadas e, atraso na procura de cuidados médicos.

Conduta a seguir:

- Internamento para avaliação e protecção (*sempre que a situação se justifique*)
- Investigação radiológica (sistemática em crianças com menos de 2 anos, procurando fracturas ou calo ósseo).
- Fazer o diagnóstico diferencial, importante sobretudo pelas consequências e implicações sociais e legais que daí possam advir, podendo haver necessidade de efectuar outros exames complementares, de acordo com cada situação.
- Contactar o ICCA ou a Procuradoria de Menores
- Afastar a criança do meio familiar, até esclarecimento da situação, se o agressor for um membro da família
- Tomar condutas específicas para cada caso, de acordo com a avaliação de eventuais lesões.
- Reabilitação da família por entidades para isso vocacionadas (é um imperativo).

Em caso de violação sexual, seguir o seguinte protocolo:

1 - Exame sexual – O mais precocemente possível. Não confundir com exames ginecológicos, feitos pelos ginecologistas e com objectivos diferentes, o que não quer dizer que não possam ser chamados a intervir de forma complementar.

Quesitos obrigatórios:

- Pesquisar a existência de esperma e/ou sangue na vagina, no ânus (tanto em meninas como em meninos), nas roupas da vítima e eventual colheita de amostras para exame laboratorial.
- Observar existência de equimoses, escoriações, unhas, mordeduras, lacerações, incluindo as do períneo, ânus, vulva e vagina.
- Pesquisar presença de distorção do ânus, pregas engrossadas ou seu desaparecimento, fissuras profundas, dilatações varicosas e o tônus do ânus, devem ser pesquisadas.
- Referir e descrever sinais próprios de desfloramento – lacerações himeneais, orifício himeneal permeável aos dedos indicador e médios justapostos, presença de esperma nos genitais, para lá do introito vaginal. O **desfloramento** será classificado como **recente** se houver **sinais inflamatórios nos bordos das lacerações** e, caso contrário, como **não recente**. Mais tardiamente podem aparecer sinais de gravidez que confirmam o desfloramento.
- Sem sinais de desfloramento
- Presença de hímen complacente – orifício himeneal permeável aos dedos indicador e médio justapostos, mas sem lacerações dos bordos.
- Presença de lacerações nos bordos do hímen, mas orifício himeneal não permeável aos dedos indicador e médios justapostos → sinais de atentado ao pudor ou tentativa de desfloramento.

2 – Prevenção das infecções sexualmente transmissíveis

- Recolha imediata de sangue para sorologia para Sífilis, VIH, Hepatites B e C (para conhecimento do estado sorológico no momento de atendimento e posterior comparação).

- Agendamento do retorno para acompanhamento psicológico e repetir a serologia para Sífilis (após 30 d) e para HIV (após 3 meses)
- Fazer profilaxia das IST não virais

Profilaxia das ISTs não virais		
ISTs não virais	Crianças e Adolescentes < 45kg	Adolescentes > 45kg
Sífilis	Penicilina benzatínica- 50.000UI/kg IM, dose única. Se alergia: Eritromicina- 50mg/kg/dia VO, de 6/6h durante 15d.	2.4milhões UI, dose única, IM. Ou 500mg 6/6h, VO durante 15d.
Gonorreia	Ceftriaxona 125mg IM, dose única.	250mg IM, dose única
Clamidia	Azitromicina 20mg/kg VO, dose única. Ou Eritromicina 50mg/kg/d VO 6/6h durante 14d.	1g VO dose única Ou 500mg 6/6h, vo durante 14d
Tricomoníase	Metronidazol 15mg/kg/d 8/8h durante 7d. Ou Secnidazol 10mg/kg VO dose única.	2g dose única. VO. Ou Secnidazol ou Tinidazol 2g VO, dose única.

Profilaxia da Hepatite B (vítima não vacinada ou com esquema vacinal incompleto)

- Administrar **Imunoglobulina hiperimmune** para hepatite B - **0,06ml/kg IM** - dose única (dose máxima 5 ml), nas primeiras 48h, até no máximo, 14dias.
- Iniciar ou completar o esquema vacinal para hepatite B.



Profilaxia da infecção pelo HIV

- Conhecer a sorologia do agressor (teste rápido para HIV)
- Contactar a Procuradoria de Menores, com a maior brevidade possível.

O uso de antiretrovirais deve ser iniciado no menor prazo possível, com limite de 72h após a violação sexual.

Recomenda-se a associação Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC), havendo ainda a possibilidade de escolha de uma terceira droga entre o Nelfinavir (NFV) e o Ritonavir (RTV).

Profilaxia da infecção pelo VIH			
ARV	Crianças	Adolescentes	Dose Máxima
Zidovudina (AZT)	90-180mg/m ² de 12/12h	300mg de 12/12h	300mg de 12/12h
Lamivudina (3TC)	4mg/kg de 12/12h	150mg de 12/12h	150mg de 12/12h
Lopinavir+Ritonavir	230mg/m ² de 12/12h	400mg de 12/12h	400mg de 12/12h

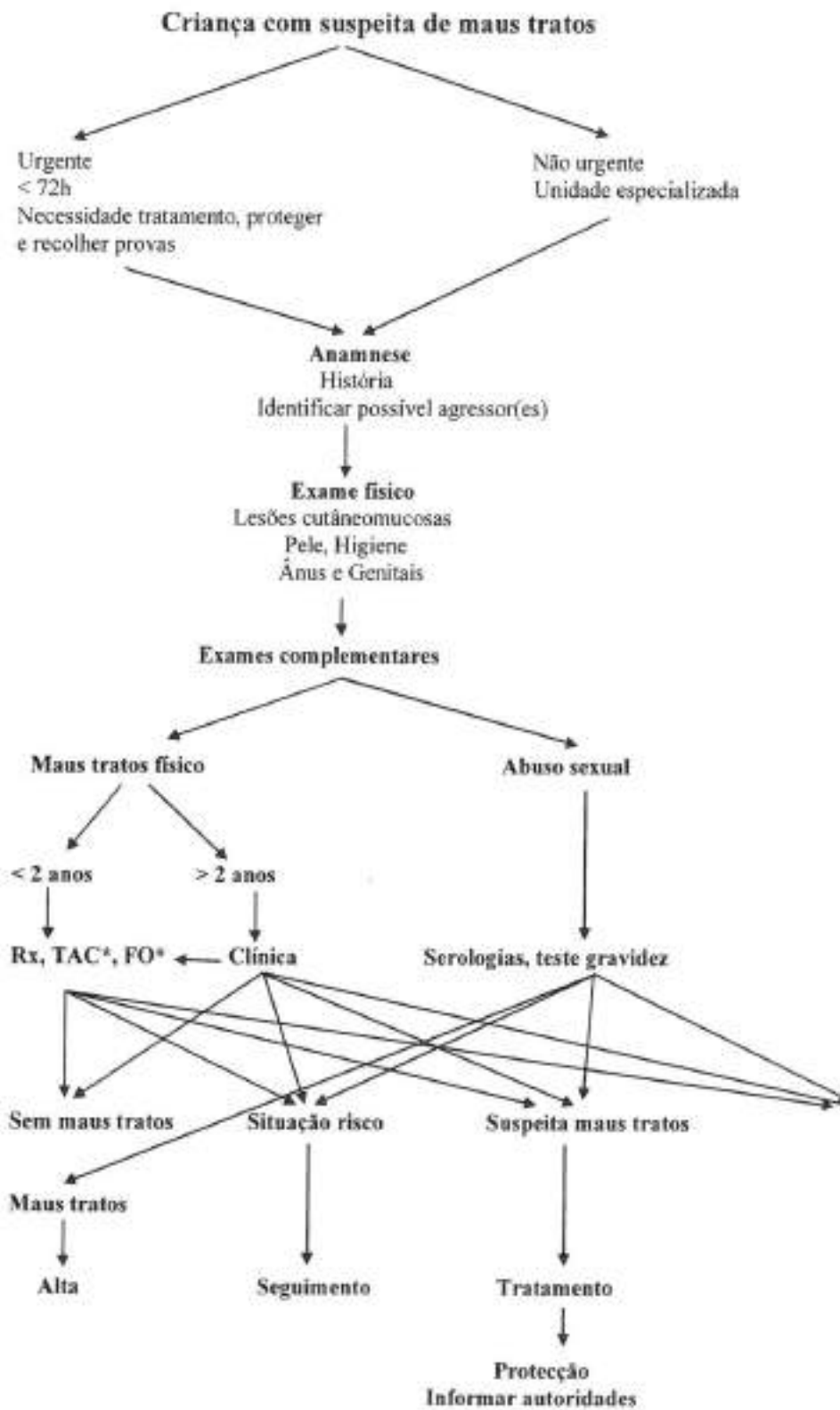
O tratamento deve ser mantido durante 4 semanas consecutivas, sem interrupção.

3 – Prevenção da gravidez

- Anticoncepcional oral (utilizar a pílula combinada, existente na estrutura de saúde): 2 cp 12/12h ou 4 cp dose única, até 72h após coito desprotegido.
- Levonorgestrel (cp 0,75mg) - 2 cp.VO, dose única ou 1cp de 12/12h, se a vítima está a fazer Nelfinavir ou Ritonavir que diminuem o nível sérico dos estrogénios

Em caso de gravidez por violação, propôr IVG.

4 – Promoção da recuperação física, psicológica e social



*Se a situação clínica o justificar

DOR ABDOMINAL
NA
CRIANÇA

2

DOR ABDOMINAL NA CRIANÇA

Conceito

Dor abdominal aguda - crise dolorosa abdominal não diagnosticada, com duração inferior a uma semana.

A dor abdominal recorrente (DAR) ou crónica é a que ocorre em 3 ou mais episódios, ao longo de um período superior a 3 meses, com intensidade suficiente para interferir com as actividades quotidianas da criança.

Clínica

A dor abdominal é um sintoma multifacetado e constitui uma das queixas mais frequentes em idade pediátrica, que engloba um largo espectro de situações.

Dor abdominal aguda

Interessa diagnosticar em tempo útil, se se está perante um abdómen agudo (situação clínica em que existem sintomas abdominais agudos que sugerem a probabilidade de risco de vida para o doente) ou, se a dor reflecte patologia extra-abdominal.



Uma história clínica detalhada e um exame objectivo correcto, fornecem muita informação.

Devemos caracterizar a dor abdominal, tendo em conta os seguintes aspectos:

- Início – insidioso ou agudo
- Causalidade – relação causa/efeito: trauma, relação com alimentos, doença prévia
- Duração – constante ou intermitente
- Localização
- Sintomas associados – febre, vómitos, diarreia, queixas urinárias, etc.
- Factores de alívio ou agravamento

Dor abdominal aguda de causa cirúrgica

É prudente considerar qualquer dor abdominal aguda intensa e contínua, com duração superior a 4h, como potencialmente cirúrgica.

Procurar:

- Sinais de irritação peritoneal: dor e defesa
Chama-se a atenção para a delicadeza na palpação abdominal a fim de evitar exacerbação desnecessária do sofrimento no doente (apendicite aguda, perfuração do intestino, peritonite, trauma, etc)
- Sinais de oclusão intestinal: vómitos, paragem de gases e fezes, silêncio abdominal ou hiper-peristaltismo (invaginação intestinal, volvo)
- Presença de sangue nas luvas, ao toque rectal
- Características do pulso

Dor abdominal aguda de causa orgânica, mas não cirúrgica

- Cólicas no lactente, até aos 3 meses de idade
- Obstipação
- Gastroenterite aguda

- Amigdalite estreptocócica
- Hepatite aguda
- Infecção urinária aguda
- Pneumonia da base
- Adenite mesentérica (ex. adenovirus)
- Crise de falciformação

Exames complementares

Hemograma

Urina tipo II , com pesquisa de nitritos e pigmentos biliares

RX tóraco-abdominal

Ecografia Abdomino-pélvica

Tratamento

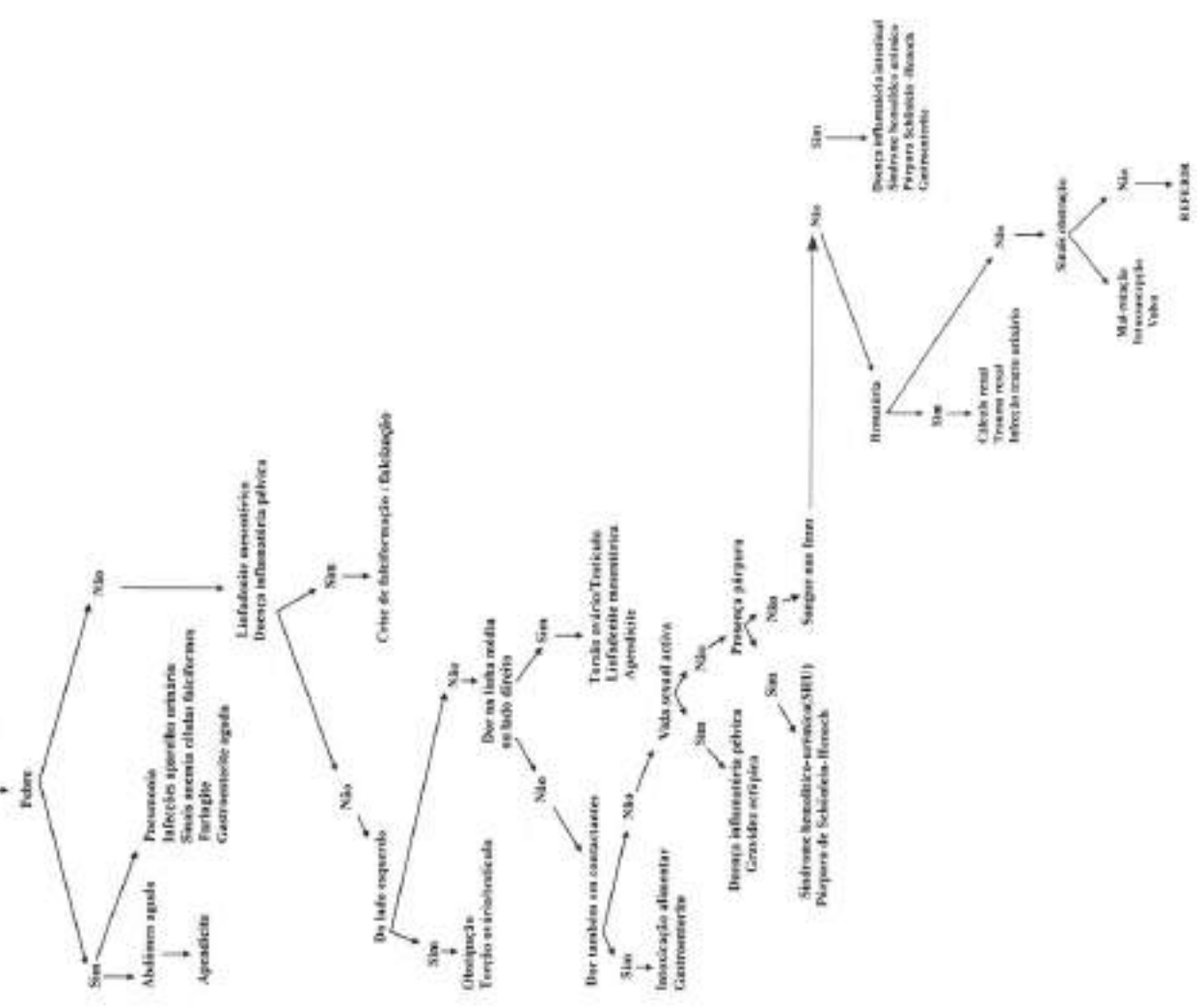
Dependendo da idade da criança, da história clínica, do exame físico e dos exames complementares, são várias as situações que podem debutar com um quadro de abdômen agudo e, a conduta deve ser tomada, em função da etiologia.

Em qualquer circunstância não mascarar a dor. Os antiespasmódicos e os analgésicos estão contra-indicados.

Cirurgia imediata	Urgência cirúrgica relativa	Não cirúrgica
Apendicite aguda	Obstrução intestinal	GEA
Peritonite	Oclusão intestinal	Adenite mesentérica
Invaginação intestinal	Malformações congênitas (atrésias, bandas)	Pneumonia da base
Hernia encarcerada / estrangulada	Abcesso intraperitoneal	Hepatite
Rotura de órgão sólido	Ingestão de corpo estranho	Obstipação
Malrotação intestinal c/ volvo		Aerofagia
Divertículo de Meckel		Ingestão corpo estranho
Enterocolite necrosante (quando há evidências de perfuração intestinal)		Púrpura Henoch-Schönlein



DOER ABDOMINAL



[Handwritten signature]

Dor Abdominal Recorrente (DAR)

A DAR pode estar associado a uma causa orgânica (5 a 33% dos casos, conforme se tenha ou não acesso a exames endoscópicos ou radiológicos) ou funcional.

As variáveis que apontam para um diagnóstico funcional são o exame físico normal e a ausência de sinais de alarme relativamente a doença orgânica - **critérios de Roma II** (ver quadro).

Critérios de Roma II Sinais de alarme: Causas orgânicas de DAR
<ul style="list-style-type: none">o Dor bem localizada, longe do umbigoo Dor que condiciona despertar nocturnoo Vômitoso Alteração dos hábitos intestinaiso Diarreia crónica graveo Atraso do crescimentoo Perda de pesoo Rectorragias, febre, artralgias ou exantemao Fistula/fissura analo Alterações menstruais (adolescentes)o Hemorragia ocultao Alterações laboratoriais (sangue e urina)o História familiar de doença pépticao Idade < 4 anos

Diagnóstico

Os critérios de Roma permitem diagnosticar as doenças gastrointestinais funcionais, com base nos sintomas, recorrendo apenas à história clínica e ao exame físico (**fazer sempre a palpação abdominal**), sem utilização de exames complementares. Estes deverão ser realizados quando houver os sinais de alarme de doença orgânica e dependem da hipótese formulada (mais frequente entre nós tem sido: obstipação, giardíase, amebíase, litíase, hidronefrose e neoplasias. Não esquecer situações menos frequentes como doença inflamatória intestinal, intolerância à lactose e doença celíaca).

Exames complementares - de forma individualizada, tendo em conta a história clínica e a suspeita diagnóstica:

- Hemograma completo com VS
- Urina tipo II
- Exame parasitológico das fezes
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes
- Ecografia abdominal /renal
- Endoscopia digestiva alta e baixa

Considerações sobre o Tratamento:

O mais importante é a definição diagnóstica.

O tratamento deve ser baseado na etiologia.

Evitar tratar apenas o sintoma.



**GASTROENTERITE AGUDA
(GEA/DESIDRATAÇÃO)**

2

GASTROENTERITE AGUDA (GEA/DESIDRATAÇÃO)

Conceito

Quadro clínico resultante da inflamação aguda das mucosas do estômago e intestino, que se traduz por vômito e diarreia, por vezes acompanhados de dor abdominal e febre.

Há uma perda intestinal aumentada de nutrientes, água e electrólitos. Apresenta uma evolução autolimitada, com duração média de 5 dias e máxima de 14 dias.

Etiologia

Nos países industrializados a causa mais frequente de gastroenterite é o **rotavirus**.

Em Cabo Verde, o nº de casos estacionário nos últimos 5 anos (cerca de 12 000), com carácter sazonal e comportamento benigno, faz-nos pensar numa etiologia predominantemente viral, facto também apoiado pelos dados da vigilância epidemiológica activa, implementado desde 2005 em que a % de coproculturas positivas para agentes bacterianos é de 10%, tendo-se identificado por ordem de frequência: E coli, Shigella spp, Shigella flexneri, Shigella sonnei, Pasteurella mucocida, Salmonella arizone.

Manifestações clínicas

Depende de vários factores: aleitamento materno exclusivo ou não, idade, estado imunitário, estado nutricional, características do agente infeccioso, etc..

No exame físico, é fundamental pesquisar os sinais de desidratação.

A desidratação terá de ser classificada quanto ao **grau** e ao **tipo** (ver quadros)

Quadro 1 - Avaliação clínica do grau de desidratação

Sinais	Ligeira	Moderada	Grave
Pulso	Cheio	Rápido	Filiforme
TA sistólica	Normal	Normal ou ↓	Choque
Díurese	↓	↓↓	Oligo-anúria
Língua	Ligeiramente seca	Seca	Muito seca
Fontanela Anterior	Normal	Deprimida	Muito deprimida
Olhos	Normal	Encovoados	Muito encovoados
Prega cutânea	Ausente	Desfaz lentamente	Desfaz lentamente
Pele	Normal	Fria	Fria, pegajosa
Estado Geral	Bom	Intranquilo/Irritável	Letárgico/inconsciente
Lágrimas	Presente	Ausente	Ausente
Perda ponderal	< 5%	5 - 10%	> 10%

Quadro 2 - Sinais físicos consoante o tipo de desidratação

Sinais físicos	Isotónica	Hipotónica	Hipertónica
Pele	Fria	Rápido	Quente
Temperatura	↓	↓↓	Satisfatório
Turgor	Seca	pegajosa	Espessada, pastosa
Língua	Seca	Pastosa	Muito seca, avidez pela água
Olhos	Encovoados	Encovoados	Pouco encovoados
Fontanela	Deprimida	Deprimida	Normal
Psiquismo	Prostrado	Letárgico	Muito irritado
Pulso	Rápido	Rápido	+/- Normal
TA	↓	↓↓	+/- Normal

Exames complementares (nos casos graves)

Urina tipo II → densidade < 1,020, cilindros hialinos, granulados, alguns leucócitos e hemácias e albuminúria 30 a 100mg/dl, traduzem desidratação.

Ureia/creatinina

Hemograma com plaquetas

Ionograma

Tratamento

A principal complicação da gastroenterite é a desidratação e a desnutrição aguda, pelo que o tratamento visa, antes de mais, gerir esses aspectos.

Os antibióticos só têm indicação em casos muito seleccionados.

1. Medidas dietéticas

- Não interromper o aleitamento materno.
- Evitar bebidas muito açucaradas
- Evitar chás
- Retomar o regime alimentar habitual, após 4h de rehidratação. (Preferir arroz, trigo, banana e iogurte natural). Quando a diarreia se prolonga, pensar na possibilidade de intolerância transitória a lactose e substituir o leite de vaca por leite de soja e iogurte natural.

2. Rehidratação

A maioria das vezes o tratamento é feito no ambulatório ou com internamento de curta duração. As crianças com desidratação, deverão permanecer na estrutura sanitária até à rehidratação completa (entre 4 a 48 h).

Usar soro de hidratação oral - eficaz em 90% dos casos.
Recorrer a gastroclise se a criança não aceita a oferta.

Nos casos de insucesso da via oral devido a vômitos persistentes (3% dos casos), usar a via endovenosa e, voltar a via oral, logo que a criança passe a tolerá-la.



Administração oral de SRO

- Sem sinais de desidratação – 10 ml/Kg por cada dejeção ou 20 ml/Kg por cada vômito
- Desidratação leve: 30 – 50 ml/Kg durante 4 h + 10 ml/kg por cada dejeção ou 20 ml/Kg por cada vômito.

Indicações para internamento

- Desidratação moderada a grave
- Insucesso hidratação oral
- Casos sociais

Na desidratação grave e/ou outra classificação de doença grave, a criança deverá ser transferida imediatamente para o Hospital, depois de iniciar a rehidratação

Que soro utilizar por via endovenosa?

Utilizar Ringer, Soro fisiológico a 0,9% ou Soro a ½.

O mais importante é a velocidade das reposições hidroelectrolíticas em função do tipo e gravidade da desidratação.

O volume total é calculado segundo a regra de Holiday-Segar:

- peso até 10kg → 100ml/kg;
- peso entre 10-20kg → 1000ml + 50ml por cada kg acima de 10kg;
- Peso acima de 20kg → 1500ml + 20ml por cada kg acima de 20kg deve ser subdividido por períodos de 8 ou 12h.

A reposição deve ser feita de acordo com as perdas, que serão quantificadas.

Na suspeita de desidratação hipertónica ou hipernatremica, as particularidades a considerar são:

- A velocidade de infusão e a concentração de sódina solução - 75meq/l.



- O SGF1:1 serve perfeitamente. O volume de 120 a 150 ml/kg/ deve ser administrado em **48h**.
- Quando o doente tiver diurese franca, acrescenta-se ao soro, o K⁺ e o Ca⁺ basais.
- Em caso de choque (raro nesse tipo de desidratação), pode-se fazer uma fase rápida com SF a 0,9% → 20ml/kg a correr em 1 h, seguido de reavaliação. Se necessário, repetir a fase rápida e depois passar para SGF 1:1.

No recém-nascido (de termo)

Devemos ter em conta os volumes para o período neonatal, quando preparamos o soro de manutenção:

- 1º dia de vida - 70 a 80ml/kg/d
- 2º dia de vida - 80 a 90ml/kg/d
- 3º-7º dia de vida - 90 a 100ml/kg/d
- 2ª semana de vida - 100 a 120ml/kg/d

Nos RN pré-termo, adiciona-se 10 ml/kg à dose diária estimada para o RN de termo.

Monitorização da hidratação

- Sinais vitais (FR, FC)
- Balanço hídrico (ofertas e perdas)
- Registo do peso cada 12h
- Medição da diurese

A medicação sintomática (antidiarreica e antiemética) está contra-indicada

3 . Antibioticoterapia

São restritas as suas indicações.



Avaliar a sua introdução após a rehidratação:

a) No Recém Nascido

b) Nos doentes imunosuprimidos ou com infecção generalizada:

Ceftriaxone- 100 mg/kg/dia, dose única EV, 10d
(atenção ao RN com ícterícia nas quais deve-se usar
Cefotaxime 100 mg/kg/dia 6/6h)

+

Gentamicina- 5 a 7 mg/kg/dia, dose única EV, 7 a 10
d (só iniciar após rehidratação e controle de ureia)

c) Disenteria

Se houver suspeita de Shigellose:

- **Acido Nalidíxico** 50mg/kg/d de 6/ 6h (não administrar em RN) ou **Amoxicilina + Ácido clavulânico**
- **Ceftriaxone** 100mg/kg/dia, dose única EV, 5d

Se houver suspeita de Salmonelose:

- 1ª escolha - **Cloranfenicol** 100 mg/kg/dia de 6/6h
14 dias
- 2ª escolha - **Ceftriaxone** 100mg/kg/d 14 dias
- 3ª escolha - **Amoxicilina + Ácido clavulânico**

d) Cólera

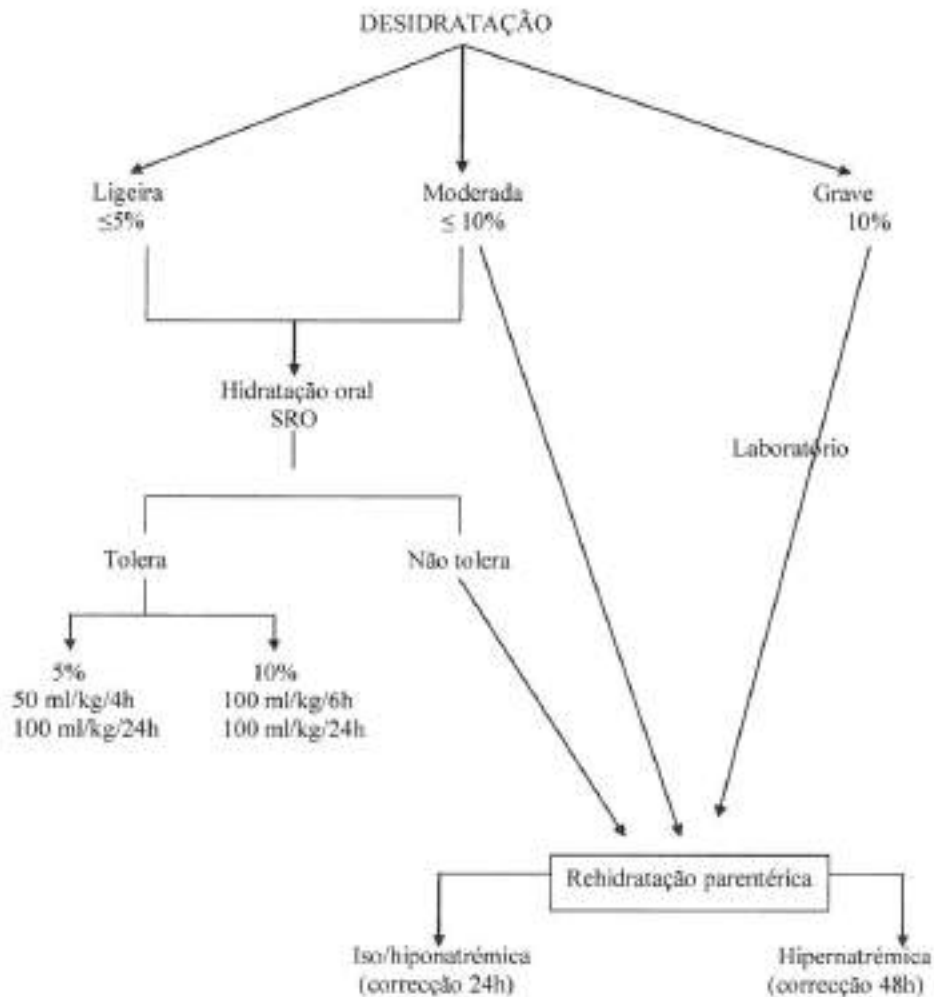
Doxiciclina, Cotrimoxazol ou Eritromicina, de acordo com eventual teste de sensibilidade antibiótica.

4. Suplemento de zinco 10 a 14dias

- Até aos 6meses – 10 mg/d = 1/2 comp
- 6 meses ou mais – 20 mg/d = 1comp

5. Alimentação

- Reintrodução precoce, sem restrições, logo que se corrija a desidratação
- Manter o aleitamento materno
- Não diluir o leite ou utilizar fórmulas especiais (sem lactose, hidrolizados).



**GLOMERULONEFRITE
DIFUSA AGUDA (GNDA)**

2

GLOMERULONEFRITE DIFUSA AGUDA (GNDA)

Conceito

Processo inflamatório (origem imunológica), que acomete os glomérulos de ambos os rins, sendo considerado seqüela tardia, de uma estreptococcia (tipo beta-hemolítico do grupo A)

Diagnóstico

Ter sempre presente essa patologia nas crianças que procuram os serviços de saúde por edema, hematúria, oligúria, dispneia, hipertensão e sinais de ICC, referindo infecção estreptocócica da pele ou da orofaringe, nos últimos 10 a 30 dias.

Surge habitualmente em crianças entre os 3 e 7 anos de idade, com período de latência de 7 a 14 dias, após amigdalite ou faringite e de 4 a 6 semanas após infecção cutânea.

Os sintomas e/ou sinais podem não estar todos presentes.

Exames complementares de diagnóstico

Exame sumário de urina com albuminúria (+ ou ++), hematuria (+++) e cilindrúria (eritrócitos e leucócitos)

Complemento sérico (C3) diminuído em 96 a 98% dos casos.

TASO elevado

Ureia e creatinina geralmente elevados

Anemia, hipercaliémia e hiponatrémia

Tratamento

- **Medidas gerais**

Repouso

Restrição hídrica → 20ml/kg/dia + diurese do dia anterior + perdas insensíveis

Restrição de Na⁺ enquanto houver oligúria, edema e hipertensão

Restrição proteica e de potássio, se houver retenção azotada

Controlo da diurese, peso e tensão arterial.

- **Medicamentos**

- Penicilina procaínica 10 d (infecção estreptocócica ainda em fase activa)

- Penicilina benzatínica IM 600000U < 25kg, 1200000U ≥ 25KG **ou** Eritromicina 30mg/kg/d de 6/6h, 10d, nos alérgicos à Penicilina (**sempre**)

- Furosemida 2 mg/kg/d ev, indicado no edema com hipertensão sintomática, oligúria e dispneia. Passar a via oral de 12/12, logo que a situação esteja hemodinamicamente estabilizada e depois, só uma dose, de manhã.

Baixar a dose progressivamente, até parar.

- Nifedipina 0,25-0,50 mg/kg (dose ataque), 0,50 a 1mg/kg/d em 3 a 4 doses VO ou sub-lingual (dose manutenção) **ou**

- Hidralazina 0,5 a 2 mg/kg/d EV, IM ou VO, se hipertensão arterial diastólica ≥ 100 mmHg

Complicações

- Insuficiência cardíaca congestiva, por hipervolemia
- Encefalopatia hipertensiva
- Insuficiência renal aguda

Prognóstico

A evolução é favorável, na maioria dos casos

A oligúria melhora em 2 semanas. A hematúria macroscópica regride em menos de um mês e a hematúria microscópica pode persistir 6 a 12 meses.

A proteinúria diminui rapidamente, para desaparecer em menos de um mês.

A diurese, ureia e creatinina normalizam em 10 a 15 dias.

A normalização da fracção C3 do complemento, ocorre entre 6 a 8 semanas.

Em regra, não há recidiva hematúrica.



ICTERÍCIA
DO
RECÉM-NASCIDO



ICTERÍCIA DO RECÉM-NASCIDO

Conceito

Coloração amarelada da pele e escleróticas, que resulta do aumento dos níveis de bilirrubina, no período neonatal. A icterícia à custa da bilirrubina indirecta, é a mais frequente. A importância deriva da possibilidade de originar lesões do sistema nervoso central, de grau variável e de carácter irreversível. *Não deve ser negligenciado.*

O primeiro passo é distinguir a icterícia fisiológica da patológica:

Icterícia fisiológica

- Presente em 50% dos RN.
- Início > 24 a 48h, com pico no 3º- 4º dia vida no RN termo e, 5º- 6º no RN pré-termo.
- Dura até 7dias no RN termo e, até 2-4 semanas no RN pré-termo, sendo mais prolongada nos amamentados ao peito;
- Bilirrubina indirecta ≤ 12 mg/dl no RN termo e, 15 mg/dl no RN pré-termo.
- Não é acompanhada de anemia

- Exacerbada pela presença de policitemia, hematomas, atraso na eliminação do mecônio, sangue deglutido e desidratação.

Icterícia patológica

- Início antes das 24h de vida (icterícia precoce)
- Icterícia no RN doente
- Persistência para além da 1ª semana no RN de termo e, 15 dias de vida, no prematuro (icterícia prolongada)
- Subida de bilirrubinemia total $> 5\text{mg/dl/dia}$
- Bilirrubina directa $> 2\text{ mg/dl}$
- Bilirrubina total $> 15\text{ mg/dl}$ no RN de termo e $> 12\text{mg/dl}$ no pré-termo
- Fezes acólicas e urina escura (colúria)

Causas de icterícia patológica

- ✓ Incompatibilidade sanguínea do grupo ABO ou Rh
- ✓ Septicemia
- ✓ Infecção urinária
- ✓ Cefalohematoma gigante
- ✓ Anomalia dos eritrócitos
- ✓ Estenose Hipertrófica do Píloro
- ✓ Hipotiroidismo (Raro)
- ✓ Defeitos enzimáticos

A icterícia por incompatibilidade Rh, manifesta-se nas primeiras 24h de vida.

Uma mãe Rh negativa, sensibilizada por eritrócitos Rh positivos do feto, produz anticorpos que, passando através da placenta, vão hemolizar também os eritrócitos do filho. Na icterícia por incompatibilidade ABO, os anticorpos produzidos por uma mãe do grupo O vão hemolisar os eritrocitos do feto (e do RN) grupo A ou B.

Os casos AO são mais severos que BO. A incompatibilidade AB é pouco frequente e menos grave.

A destruição massiva dos glóbulos vermelhos, liberta grande quantidade de bilirrubina que o fígado não consegue conjugar. A bilirrubina não conjugada ou indirecta, é transportada no sangue ligada à albumina. Se a quantidade de bilirrubina é tão alta que a capacidade de transporte fica ultrapassada, a bilirrubina livre pode difundir para dentro das células, especialmente as células cerebrais dos núcleos da base, muito sensíveis à bilirrubina e, impregná-las, ficando com lesão permanente – Kernicterus (encefalopatia que evolui em 3 fases: 1ª – letargia, hipotonia e dificuldade sucção; 2ª – hipertonia com opistótonus, choro agudo, febre e convulsões; 3ª – hipotonia. A longo prazo, pode surgir surdez sensorial e atraso mental. Bilirrubina indirecta > 20mg/dl, representa risco de Kernicterus. No prematuro, metade desse valor já pode ser decisivo.

Clínica

Uma boa história clínica é fundamental para orientar o nosso raciocínio.

No exame físico, é bom apreciar a **intensidade** e a **extensão** da icterícia, cuja progressão é cefalocaudal.

É visível clinicamente a partir de 7 mg/dl. Se se estende até aos pés, o valor da bilirrubina provavelmente é >15 mg/dl. Também deve-se valorizar o estado geral da criança, a presença de eventual hepatoesplenomegalia e/ou fezes descoloradas, que podem dar pistas diagnósticas importantes.



ICTERÍCIA NEONATAL

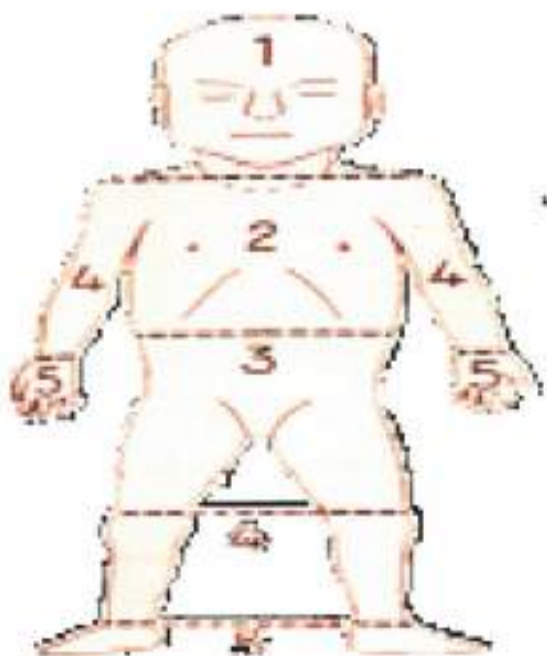


FIG. ZONAS DE KRAMER

Progressão cefalo-caudal
proporcional ao aumento da bilirrubina sérica.

Zonas do corpo.

Zona I: Abrange a cabeça e pescoço.

Zona II: Zona I + tronco até umbigo.

Zona III: Zona II + até raiz da coxa.

Zona IV: Zona III + antebraços, braços, pernas e pés.

Zona V: Zona IV + palmas de mãos e plantas dos pés.

6 - 9- 12 -15 ou mais.

As principais formas clínicas:

- Icterícia fisiológica
- Icterícia do prematuro
- Icterícia do aleitamento materno
- Icterícia por hemólise
- Hemólises constitucionais
- Infecções

Factores que aumentam a toxicidade de bilirrubina

- Prematuridade
- Hipoalbuminémia
- Hipotermia
- Infecção
- Hipoglicémia,
- Acidose
- Hipoxia
- Medicamentos

Investigação laboratorial básica, a nível hospitalar.

Todo o RN com critérios que excluem icterícia fisiológica, devem ser investigados, pelo que deverão ser transferidos para o Hospital:

- Bilirrubina total e directa
- Hemograma completo
- Contagem de reticulócitos
- Grupo sanguíneo e Rh na mãe e no RN
- Teste de Coombs directo no RN e indirecto da mãe

Estes exames permitem definir ou sugerir a causa da icterícia e determinarão quais os novos exames que deverão ser realizados, nos casos não esclarecidos (Ver figura mais adiante).

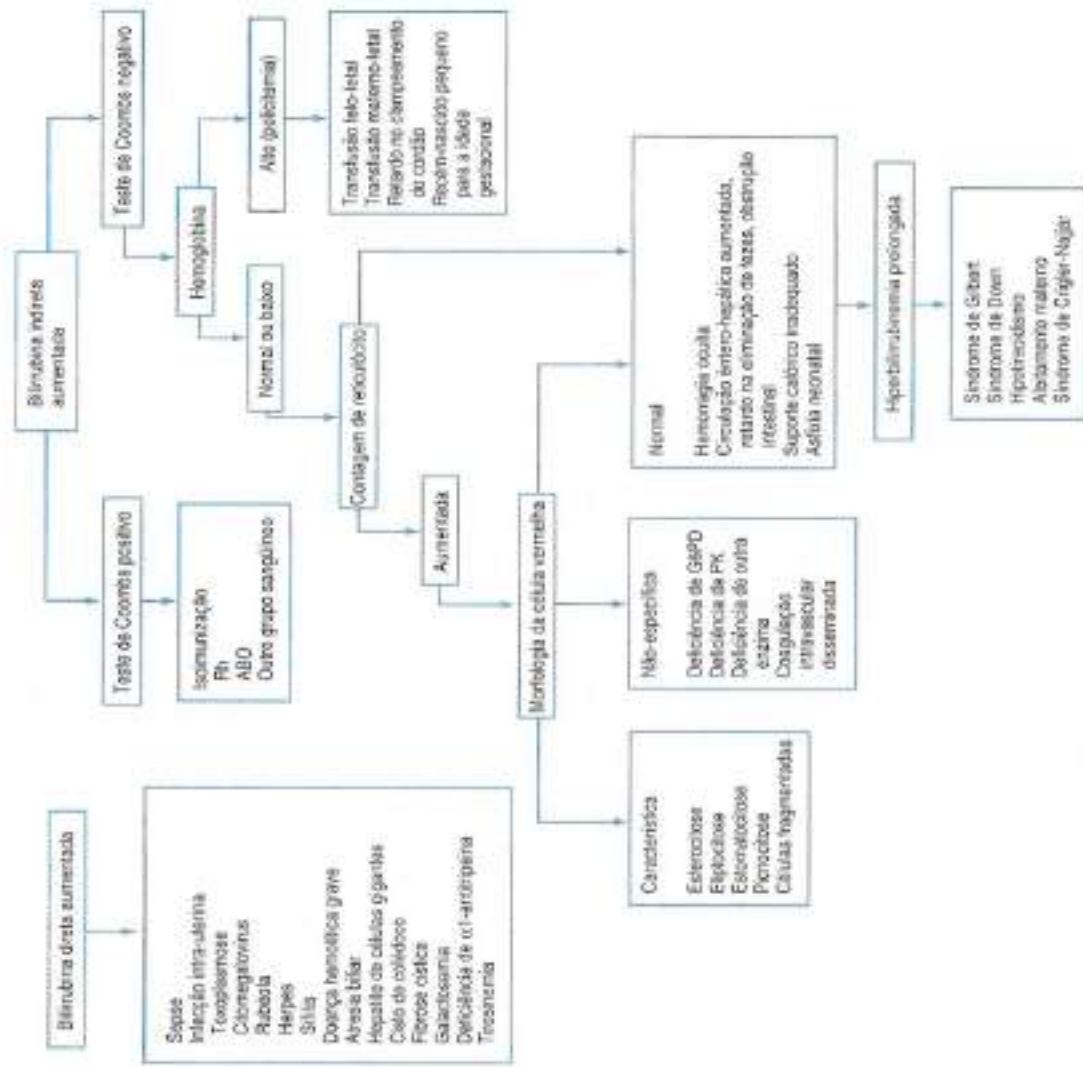


Figura 91-7. Algoritmo esquemático para o diagnóstico da icterícia neonatal. G6PD = glicose-6-fosfato desidrogenase; PK = piruvato-quinase (De Oski FA. Differential diagnosis of jaundice. In Tausch DV, Ballard RA, Avery MA, editors). *Seminars and Syllabus of the Neonatal*. 1

R

Tratamento

Depende das causas e dos níveis de bilirrubina

- Evitar o frio, jejum prolongado, anoxia, desidratação e acidose.
- Tratar os factores causais, sempre que possível.

Os instrumentos terapêuticos mais importantes são:

1 - A luz solar, antes das 10h e depois das 16h

2 - A fototerapia (ver quadro 1)

- A fototerapia deve ser feita com luz branca ou azul, de preferência, lâmpadas fluorescentes a uma distância da pele inferior a 45cm (ideal 30cm), exposição máxima com a criança nua, com protector negro nos olhos e testículos, alternando dorso/ventre de forma contínua ou intermitente, conforme a intensidade da icterícia.

- Vigiar regularmente a temperatura e aumentar a oferta de aporte hídrico (1ml/kg/hora) ou leite materno em 10 a 20% para prevenir a desidratação.

Indicações da Fototerapia:

- Hiperbilirrubinemia por incompatibilidade ABO
- Prematuro com icterícia fisiológica exagerada (≥ 10 mg/dl)
- Icterícias por septicemia
- Incompatibilidade Rh (tem alguma utilidade, quando não for possível EST)

3 - A exsanguíneo-transfusão (EST) - quadro 1

- Especialmente nos casos de incompatibilidade Rh

- Hemólises severas, com bilirrubina $> 5\text{mg/dl}$ no sangue do cordão ou aumento $> 1\text{mg/dl/h}$ ou ainda $> 20\text{mg/dl}$, são indicações absolutas
- Encefalopatia
- Ausência de resposta à fototerapia
- Hemólise grave *in útero*

Após EST, manter fototerapia e determinar bilirrubina de 4/4h.

Quadro 1

Indicações de Fototerapia e EST

Bilirrubina sérica mg/dl	Peso nascer	< 24 h	24 - 48h	48 - 72h	>72h
< 5	Qualquer				
5 -9	Qualquer	Fototerapia se hemólise			
10 - 14	< 2500g	EST se hemólise	Fototerapia		
	>2500g				
15 a 19	< 2500g	EST	EST	Fototerapia ou EST	
	>2500g			Fototerapia ou EST Fototerapia	
≥ 20	Qualquer	Exsanguíneo-transfusão			

INFECÇÃO
DO TRACTO URINÁRIO (ITU)



INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO (ITU)

Conceito e importância

Consiste na multiplicação de bactérias no aparelho urinário. A importância da ITU advém, não só da sua frequência, mas também de poder ser o sinal revelador de malformação do aparelho urinário, que contribui para cerca de 21% dos casos de insuficiência renal crónica na 1ª década da vida e de insuficiência renal crónica e HTA no adulto.

Há quatro formas básicas de ITU's:

Pielonefrite (com envolvimento do parênquima renal)

Pielite (infecção urinária alta sem envolvimento do parênquima renal),

Cistite (envolvimento da bexiga) e

Bacteriúria assintomática (urocultura positiva sem manifestação alguma de infecção, quase exclusivamente em meninas).

A pielonefrite pode manifestar-se como um episódio isolado, recorrente ou persistente, deixando sequelas - **cicatriz renal pielonefrítica** - em 5 a 10% das crianças com

menos de 2 anos, condicionando mais tarde hipertensão arterial.

Etiopatogenia

Os germens mais frequentes são a **E.coli**, **Klebsiella** e **Proteus**. As bactérias atingem o aparelho urinário, mais frequentemente, por via ascendente e menos por via hematogênea. Nos recém nascidos, os germens responsáveis são os da infecção materno-fetal.

Apresentação clínica

1 - Período Neonatal

- Irritabilidade
- Perda de Peso
- Hiperactividade
- Recusa alimentar
- Hipotermia
- Hematúria
- Sepsis
- Icterícia prolongada

2 - Lactente e crianças até 2-3 anos

Febre a esclarecer é a queixa mais frequente. Podem apresentar os sintomas inespecíficos acima citados.

3 - Pré-Escolar e Escolar – Começam a referir queixas dirigidas ao aparelho urinário: disúria, polaquiúria, aparecimento de incontinência urinária e/ou enurese nocturna, dor lombar e/ou abdominal, febre, etc.

Confirmação Laboratorial

- **Urina Tipo II** (Sumário de Urina) com leucocitúria (leucócitos > 10/campo, no sexo masculino e leucócitos > 50/campo, no sexo feminino) e piúria (sugestivo)



- **Multistix-8** – Pesquisa de Nitritos (a presença de bactérias na urina, reduz os nitratos a nitritos, excepto proteus) e Leucócitos.

Nitritos – Valor predictivo positivo 65%; valor predictivo negativo 98%.

- **Cultura de urina** se nitritos positivo e, se nitritos negativo, sempre que a clínica o justificar.

Tratamento

Nos RN e lactentes, toda a infecção urinária febril deve ser tratada, à priori, como pielonefrite.

O tratamento empírico deve ser iniciado, após a colheita da amostra de urina para a cultura e antibiograma.

Nos menores de 6 meses e em crianças de qualquer idade, com Sépsis associada: Ceftriaxona - 100 mg/kg/dia ev, dose única, 10 dias + Gentamicina - 5 a 7 mg/kg/dia ev dose única, 5 a 7 dias.

A antibioticoterapia deve ser feita por via parentérica, passando a oral (Cefixime, Cefuroxime ou Amoxicilina + Ácido Clavulânico, de acordo com o antibiograma, sempre que possível), após 48h de apirexia e melhoria clínica significativa.

A partir dos 6 meses e sem Sépsis, e sem intolerância gástrica, fazer Amoxicilina + Ácido Clavulânico 50mg/kg/dia ou Cefixime 8mg/kg/dia, durante 10 a 14 dias ou Ceftriaxona 100 mg/kg/dia IM dose única diária, durante 10 dias.

A bacteriúria assintomática é benigna e não carece de tratamento.

Nas crianças com mais de 2 anos, em que as queixas são mais valorizadas e dirigidas, a infecção urinária pode ser tratada ambulatorialmente:



Infecção urinária alta

- Amoxicilina + Ácido Clavulânico – 75 a 90mg/kg/dia de 8/8h 10 dias.
- Cefuroxime – 30 mg/kg/dia 12/12h ou Cefixime 8mg/kg/dia.

Infecção urinária baixa

- Nitrofurantoína 3 a 5 mg/kg/dia, 5 a 7 dias
- Ácido Nalidíxico 50 mg/kg/dia, de 6/6h, 10 dias
- Sulfametoxazol + Trimetoprim → 8-10mg/kg/dia (de Trimetoprim) de 12/12h, durante 10 dias

Seguimento

Evitar as recorrências:

- a) - Identificar e corrigir as causas subjacentes da ITU.
Daí a importância da investigação por imagem em todos os casos, com Ultrasonografia e Uretrocistografia miccional, após urocultura de controle negativa.
Dependendo dos achados, far-se-á o acompanhamento clínico (cada 3 – 6 meses) ou o encaminhamento para a Urologia, para tratamento cirúrgico (RVU grau III, IV ou V e processos obstrutivos das vias urinárias)
- b) - Instituir a quimioprofilaxia, até realização de uretrocistografia miccional

Nitrofurantoina 1-2mg/kg/dia, à noite (1ª escolha)

Trimetoprim 1-2 mg/kg/dia, à noite

- Nos portadores de refluxo vesico-ureteral (RVU) grau IV ou V.
- ITU recorrente.
- Litíase.
- Obstrução.



INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

R

INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

Conceito

Intoxicação é definida como a acção exercida por substância tóxica (veneno) no organismo e, o conjunto de perturbações daí resultantes.

Trata-se de uma situação extremamente frequente no serviço de urgência.

Ocorrem, geralmente, no domicílio e atingem mais o grupo etário de 1 a 5 anos, de forma accidental.

A intoxicação voluntária acontece no grupo > 6anos, particularmente nos adolescentes.

O quadro clínico é variado, dependendo do agente tóxico.

Em Cabo-Verde os agentes mais frequentes são:

- Petróleo
- Lixívia
- Creolina
- Detergente para a loiça
- “Azeite de purga.”
- Bebidas alcoólicas
- Intoxicações alimentares



- Medicamentos (diazepam, prometazina)
- Plantas alucinogénicas (degustação de “comida de boneca”, “comigo ninguém pode”, “berbidjaca”)
- Ácido sulfúrico
- Insecticidas organo-fosforados
- Gás de cozinha

As eventuais intoxicações por medicações tradicionais (“ramedi di terra”), não serão abordadas, por não terem sido estudadas cientificamente.

Diagnóstico

É difícil naqueles casos em que não existe registo da intoxicação, pelos pais ou acompanhantes.

Suspeitar naqueles casos de instalação mais ou menos súbita, especialmente em crianças previamente saudáveis e que muitas vezes ficaram sózinhas em casa.

Questionar uso de drogas entre os familiares e, se necessário, solicitar aos acompanhantes que retornem ao domicílio, para investigar a falta de algum medicamento.

Os sintomas particularmente associados às intoxicações são: alterações psíquicas (agitação, delírio, alucinações), alterações neurológicas (sonolência, coma, movimentos anormais, convulsões), sialorreia, sudorese, midríase, miose, vômitos, diarreia, etc.

Tratamento

1 - Reanimação

- Manutenção das vias aéreas permeáveis, com aspiração de secreções e ventilação adequada (O₂ e intubação se necessário).
- Estabilização cardiovascular (acesso venoso, se compromisso circulatório administrar SF 20 ml/kg se estiver em choque, se arritmia administrar fármacos antiarrítmicos).



- Suporte às condições neurológicas (convulsões, distúrbios da consciência – manter via aérea permeável, administrar O₂ e determinar glicemia)
- Tratamento dos distúrbios hidro-eletrolíticos

Em simultâneo, obter informação sobre:

- Nome do produto tóxico ou embalagem do mesmo
- Tempo decorrido desde o contacto com o tóxico
- Via de intoxicação: digestiva, inalatória, contacto com pele e mucosas
- Quantidade estimada
- Presença de vômitos
- Possíveis alergias ou intolerâncias
- Outras doenças

2 – Descontaminação (diminuir absorção do tóxico)

- **Banho** - Nos casos em que tenha havido contacto com a pele, remover a roupa e lavar a superfície corpórea com água abundante.
- Em caso de contacto ocular, fazer irrigação demorada com água e encaminhar ao Serviço de Oftalmologia.
- **Lavagem gástrica** – Não deve ser feita de rotina. Está contra-indicada na ingestão de cáusticos e derivados de petróleo e se diátese hemorrágica, coma ou convulsões.

Só tem indicação na ingestão de substâncias potencialmente fatais, cuja urgência na remoção contra-indique qualquer atraso: opiáceos, antidepressivos tricíclicos, estricnina, cânfora. De referir a necessidade de proteger antes as vias aéreas com intubação endotraqueal.

A lavagem deve ser realizada com SF (0.9%) ou água morna, utilizando grandes volumes -1 a 5 litros, por sonda/tubo de grande calibre.



Manter o paciente em posição de Trendelenburg, com decúbito lateral esquerdo.

- **Carvão activado** (*técnica de eleição*) - Dose de 0.5 a 1.0 g/kg (máximo de 25g) a cada 4 horas, por SNG e associado a 100 - 200 ml de água, nas primeiras 12 horas. Em seguida passar para 6/6 horas por 36 a 48 horas.

É útil na maioria das ingestões, excepto na ingestão de metais pesados, álcool, cáusticos e hidrocarbonetos.

Procedimentos a seguir:

- a) Proteger a via aérea e, se paciente inconsciente, intubação endotraqueal prévia.
- b) Colocar sonda orogástrica de grande calibre e confirmar sempre a situação da mesma.
- c) Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo, com a cabeça mais baixa.
- d) Aspirar o conteúdo gástrico
- e) Administrar uma dose de carvão activado e esperar 5 minutos.
- f) Administrar 10 ml/kg (Max. 300ml) de SF a 38°C
- g) Aspirar o conteúdo gástrico e administrar de novo, carvão activado.
- h) Continuar até que o fluido de lavagem seja claro (até 2l).
- i) Administrar nova dose de carvão activado ou antídoto, se indicado.

- **Limpeza intestinal**

Purgantes salinos – administrar após carvão activado. Sulfato de magnésio (250 mg/kg a cada 12 horas).

3 - Aumento da excreção do tóxico já absorvido.



- Diurese forçada - Glicose a 10% e diuréticos (Manitol ou Furosemida).
(contra-indicado nos casos de Insuficiência Renal aguda e Insuficiência Cardíaca congestiva).

4 - Antídotos – São poucos os tóxicos em que existe a opção de utilização de antídotos.

A seguir alguns exemplos:

INTOXICAÇÕES	ANTÍDOTO	DOSE
Neurolépticos, Fenotiazínicos, Metoclopramida	Biperideno	0,15mg/kg, IM. Repetir após 6 h, se persistirem as queixas
Opiáceos	Naloxone	0,1mg/kg ev ou sc.
Benzodiazepénicos	Flumazenil	0,2 a 0,3ml ev em 15 seg. Repetir 0,1 ml em intervalos de 1 min, até melhorar
Insecticidas organofosforados e Carbamatos	Atropina	0,03 a 0,05mg/kg ev ou im. Repetir cada 15 ou 30 min, até melhorar ou atropinização. Em regra manter 48 h
Anticolinérgicos	Fisostigmina	0,02mg/kg/dose ev lento ou diluído em SF
Coma insulínico, overdose de B2 bloqueante, antagonista Ca ⁺	Glucagon	0,03-0,01mg/kg de 20/20min ev, im ou sc. (máximo 1mg)
Paracetamol	N-acetilcisteína	140mg/kg seguido de 70 mg/kg 4/4h (17 doses)
Anticoagulantes cumarínicos	Vit K	25-50mg/dia, im ou ev

Tratamento específico de alguns Síndromes Tóxicas

- **Intoxicação por petróleo** (risco de pneumonite/pneumonia química).

Não fazer lavagem gástrica
Não dar carvão activado



Não dar antibiótico ou corticóide profilaticamente
Na ausência de dificuldade respiratória e não tendo
havido indução do vômito, fica em observação no
CS durante 12h.

**Enviar à urgência hospitalar, sempre que haja vômito
ou indução de vômito ou sinais de dificuldade respi-
ratória.**

Vigilância durante 12h.

- **Intoxicação alcoólica aguda** (risco de convulsões, hipoglicemia, hipotermia):

Ingestão < 2h :

Esvaziamento gástrico, por sonda orogástrica

Ingestão > 2h :

Glicémia capilar <45 → glicose a 10%, 4ml/kg, se-
guido de glicose a 5% em perfusão.

Glicémia > 45 → glicose a 5% (2/3 das necessidades
diárias)

Doente em coma: **Naloxona**, ev ou im

- 0.2mg/kg (crianças com < 20kg)
- 2mg/dose (crianças com > 20kg), podendo ser repe-
tido 3 min depois, várias vezes.

É desejável a determinação da alcoolemia, que tem a se-
guinte relação com as manifestações clínicas :

- Incoordenação → 0,5 a 1,5mg/ml
- Sonolência → 1,5 a 3mg/ml (risco de hipoglicemia)
- Estupor → 3 a 5mg/ml (risco de convulsões)
- Coma \geq 5mg/ml

***Enviar para o hospital, sempre que haja estupor ou
coma.***



No transporte para o hospital, o doente deve manter soro glicosado a 10%, para prevenir hipoglicemia.

Vigilância durante 12h.

▪ **Intoxicação por Benzodiazepinas**

- ✓ Criança com sonolência, ataxia, descoordenação e fala arrastada
- ✓ Risco de depressão respiratória
- ✓ Transferir para o hospital, aonde poderá receber Flumazenil → 10 µg/kg/dose (maximo 1mg) ev.
- ✓ A evolução clínica é em regra boa.
- ✓ Não esquecer a hipótese de se tratar de uma intoxicação não acidental, nas crianças com mais de 6 anos e adolescentes.

▪ **Intoxicação por cáusticos (alcalinos 80% e ácidos 20%) → Todos os casos devem ser internados.**

- ✓ Hidratação
- ✓ Analgesia – Paracetamol 20mg/kg/dose de 6/6h em SOS; Morfina
- ✓ Antiulcerosos (Cimetidina)
- ✓ Antibiótico se necessário
- ✓ Metilprednisolona – 1 a 2mg/kg/dia, antes de transferir para o hospital, se edema labial ou suspeita de edema laríngeo. *Contraindicado em caso de perfuração ou sangramento.*
- ✓ Não fazer lavagem gástrica
- ✓ Não provocar o vômito
- ✓ Não dar carvão activado ou neutralizante
- ✓ Não dar leite ou água, pois a lesão já está estabelecida.
- ✓ A endoscopia é obrigatória dentro de 36h após a ingestão ou, esofagograma com contraste hidrossolúvel, para caracterizar as lesões a nível do esófago e do estômago.



▪ **Intoxicação por organofosforados**

É gravíssima e quase sempre letal, pelo que a actuação no local pode ser salvadora:

- 1º- aspirar secreções da orofringe, administrar O₂ e ventilar, se necessário, com ambu
- 2º- dar banho, se contaminação por via cutânea.
- 3º- lavagem gástrica, se ingestão recente
- 4º- administrar carvão activado
- 5º- **Atropina** 0,03 a 0,05mg/kg ev ou im. Repetir cada 15 ou 30 min até melhoria ou atropinização (taquicardia, midríase, língua seca). Manter, em regra, até 48h.
- 6º- transferir para o hospital, mantendo atropinização de 15/15min durante o percurso
- 7º- no hospital, manter a criança na Sala de Observação, continuando a atropinização, até ficar midriática, taquicárdica e com a língua seca, em regra, durante 48h,

5 - *Nos casos não contemplados especificamente, por serem menos graves ou mais raros, fazer tratamento sintomático.*



MENINGITE BACTERIANA
AGUDA

✓

MENINGITE BACTERIANA AGUDA

Conceito

Processo inflamatório das meninges e vasos cerebrais, provocado pela infecção bacteriana do sistema nervoso central. Os agentes infecciosos chegam ao SNC, mais comumente, por via hematogênea, mas a meningite pode ser decorrente de mastoidites, focos paranasais, otite média (excepcional), trauma craniano e de malformações do SNC, como o mielomeningocele.

Trata-se de uma doença muito grave, que pode levar à morte ou deixar sequelas graves para toda a vida, pelo que devemos estar atentos ao seu reconhecimento atempado, pois trata-se de uma emergência.

Quando há atingimento do parênquima cerebral, falamos de **encefalite**.

Há doentes que têm evidências de envolvimento meníngeo e parenquimatoso e, nesses casos, falamos em **meningoencefalite** (mais frequentemente causados por *enterovirus*, *virus da parotidite*, *virus da herpes*, etc).

Etiologia

Há uma distribuição etária característica dos vários agentes de meningite (ver quadro).



Nos recém-nascidos, predominam *E. coli* K1, *Streptococcus* do grupo B e *Listeria monocytogenes*.

A meningite por *Haemophilus influenzae* ocorre mais entre os 3 meses e os 3 anos.

As meningites meningocócicas e pneumocócicas têm incidência mais elevada no 1º ano de vida, raras vezes antes dos 3 meses, mas podem atingir qualquer idade. 80% das infecções meningocócicas ocorrem antes dos 3 anos.

Todas as meningites ocorrem esporadicamente, mas só a meningocócica pode adoptar forma epidémica.

Nesse contexto, o serviço de vigilância epidemiológica integrada das doenças, em resposta, vem implementando desde 2005, a vigilância activa de agentes etiológicos da meningite, através do Laboratório Nacional de Referência, integrado no HAN, tendo sido identificados por ordem de frequência: *Streptococcus*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* w135, *Neisseria meningitidis* e *Neisseria meningitidis* grupo A.

Faixa etária	Agentes mais frequentes
Recém-nascidos até 3 meses	1º <i>Escherichia coli</i> , presente na região perineal da mãe; 2º <i>Streptococcus agalactiae</i> , geralmente colonizando o canal vaginal materno. 3º <i>Listeria monocytogenes</i> , <i>Klebsiella</i> spp. <i>Streptococcus pneumoniae</i> .
3 meses a 3 anos	<i>Haemophilus influenzae</i> do tipo B, seguida por <i>Neisseria meningitidis</i> e <i>Streptococcus pneumoniae</i> .
3 a 10 anos	<i>Neisseria meningitidis</i> , seguida pelo <i>Streptococcus pneumoniae</i> .
> 10 anos e adultos	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , geralmente associado a um foco infeccioso.

Apresentação clínica

Os sinais e sintomas não dependem do tipo de germen mas, em grande parte, da idade do doente, da duração



da doença e utilização previa de antibióticos (meningite decapitada).

No RN e em lactentes, o quadro clínico é pouco característico. É a criança que “não está bem”. Merecem destaque, os seguintes sintomas: febre elevada, vômitos, prostração, irritabilidade, choro persistente, gemido, recusa alimentar, fontanela abaulada, olhar fixo, convulsões (não esquecer convulsões subtis) ou coma.

Em crianças maiores, é frequente o achado de: mal estar, cefaleia, vômitos, convulsões e sinais de irritação meníngea (rigidez da nuca).

Na presença de síndrome purpúrica, a etiologia meningocócica deve ser considerada, até prova em contrário.

Nenhum sinal é patognomônico de meningite, nenhum teste substitui a argúcia e o senso clínico do médico, na identificação de uma criança com manifestações precoces de meningite.

Diagnóstico

A suspeita clínica inicial deve ser confirmada com a avaliação laboratorial do líquido cefaloraquidiano (LCR), que deve ser colhido de imediato (excepto nas crianças em estado grave, shock e na suspeita de hipertensão intracraniana), devendo ser solicitado o exame citoquímico e bacteriológico directo e cultural, com eventual TSA. Se o líquido for turvo, colher sangue para hemocultura e iniciar Terapêutica Antibiótica empírica, antes do resultado laboratorial que, tipicamente, revela presença de microrganismos no exame bacteriológico directo e cultural, pleiocitose com neutrofilia, glicorráquia baixa (<40 mg/dl), hiperproteínorráquia (100 a 500 mg/dl).

Nas situações de suspeita de meningite, em que a criança irá ser transferida, poderá ser administrada 1 dose de Ceftriaxone IM.



Além de LCR, outros exames a solicitar são: hemograma, PCR, glicemia, ecografia transfontanelar e em casos seleccionados e de acordo com a evolução clínica do doente (sinais focais, coma após 72h de tratamento, meningite de repetição, otite média crónica, aumento do perímetro cefálico), a TAC deve ser solicitada.

Diagnóstico diferencial – Além dos germens acima referidos, muitos outros microrganismos podem causar infecção/infestação generalizada do SNC, com manifestações clínicas semelhantes.

Importa lembrar alguns:

- Vírus
- *Mycobacterium tuberculosis*
- *Treponema pallidum* (sífilis)
- *Cryptococcus*, *Candida* e *Aspergillus* (nos imunodeprimidos)
- *Toxoplasma* (nos imunodeprimidos)
- *Taenia solium* - neurocisticercose

A determinação da causa específica, passa pelo exame cuidadoso do LCR e de outros exames, em função da suspeita clínica.

Tratamento hospitalar

1 - De suporte

- Cabeceira da cama elevada a 30°, com cabeça centralizada
- Dieta adequada para a idade e o estado clínico. Usar SNG quando não for possível a via oral.
- Hidratação - oferta hídrica normal, a não ser quando suspeitamos de secreção inapropriada de hormona antidiurética, em que devemos reduzir para 50–70 ml/kg/dia.

2 – Corticoterapia (nos casos de exame directo positivo para Hib)



- Dexametazona → 0,15 mg/kg/dose, de 6/6 h, durante 2 a 4 dias.
A 1ª dose deve ser feita 30 - 60 minutos antes da administração inicial do antibiótico
Uma alternativa eficaz é 0,4mg/kg/dose de 12/12h por 2 dias.

3 – Antibioticoterapia

- 0 – 2 meses
Cefotaxime 200 a 300 mg/kg/dia de 8/8h na 1ª semana de vida e de 6/6 h, após 7 dias de vida + **Ampicilina** 200 mg/kg/dia ev, de 12/12h na 1ª semana de vida e de 6/6 h nas crianças com idade compreendida entre 2ª e 4ª semana de vida e **Gentamicina** 5 mg/kg/ dia, de 12/12 h (7 a 10 dias). O tratamento deve ser efectuado durante 21 dias.
- > 2 meses e < 2 anos
1ª escolha – Ceftriaxona 100 mg/kg/dia (ou 100 mg/kg/dose de 12/12 h nas 1ªs 24 h) + **Gentamicina** 5 a 7 mg/kg/dia.
2ª escolha – Penicilina Cristalizada 400.000U/kg/dia, ev de 4/4h, associada a **Cloranfenicol** 100 mg/kg/dia, ev de 6/ 6h.
- > 2 anos
Penicilina cristalizada – 400.000UI/kg/dia, ev de 4/4h, associada ao **Cloranfenicol** 100 mg/kg/dia, ev de 6/6h.

Em todos os casos, após a confirmação do agente etiológico pela cultura, manter apenas o antibiótico mais específico para o germen isolado.

Se o exame bacteriológico for negativo, mas a suspeita clínica e laboratorial for de meningite bacteriana, manter o tratamento, pelo menos, 10 dias.



Avalia-se a evolução pela clínica e evolução do PCR.
Só se justifica repetir PL, em casos de evolução desfavorável e nas meningites por Pneumococo.

Se suspeita de complicações, realizar TAC crânio-encefálica.

Duração do tratamento antibiótico

Pneumococo	21 dias
Meningococo	7 dias
Haemophilus	10 a 14 dias
S. agalactiae ou Listeria	14 – 21 dias
Bacilos Gram	21 dias

Complicações

- Crises convulsivas
- Hipertensão intracraniana
- Herniação cerebral ou cerebelar
- Paralisia dos nervos cranianos
- Trombose dos seios venosos
- Coleções subdurais
- Empiomas subdurais
- Ventriculites
- Abscessos cerebrais

Sequelas

- Perda auditiva (10 a 20%)
- Amaurose
- Sinais neurológicos focais
- Atraso intelectual
- Epilepsia

4 - Isolamento

Isolar o doente nas 24 - 48 h iniciais, nos casos de etiologia meningocócica ou a *Haemophilus influenzae*.



5 - Profilaxia dos contactos

A. *Haemophilus influenzae*.

- Contactos íntimos < 5 anos, não vacinados
- Adultos (excepto grávidas), que tenham estado em contacto com crianças < 5A

Profilaxia dos contactos Hemophilus

	Rifampicina (dose única diária/4 dias)	Ceftriaxona IM (dose única)
Adultos	600 mg	200 mg
> 1 mês	20 mg/kg	125 mg
< 1 mês	10 mg/kg	125 mg

B. *Neisseria meningitidis*

- Contactos íntimos
- Doentes tratados com Penicilina e Cloranfenicol, antes da alta hospitalar.

Profilaxia dos contactos Meningococo

	Rifampicina (dose 12/12h durante 2 dias)	Ceftriaxona IM (dose única)
Adultos	600 mg	200 mg
> 1 mês	10 mg/kg	125 mg
< 1 mês	5 - 10 mg/kg	125 mg

Prognóstico

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado, contribuíram para a diminuição da mortalidade e a prevenção das sequelas.

Uma avaliação cuidadosa da capacidade auditiva, deve ser feita a todos os doentes, antes ou logo após a alta hospitalar.



OTITES

✓

OTITES

A - Otite externa

Conceito

Infecção do canal auditivo externo. O estreitamento congénito ou adquirido do CAE predispõe a esta infecção. O agente etiológico mais frequente é o S. aureus. A Pseudomona aeruginosa e outros germens são mais frequentes nos indivíduos imunodeprimidos e nos que praticam natação. Tipicamente, observa-se oclusão parcial ou completa do canal auditivo externo (CAE) pela secreção ou edema. Nas crianças mais pequenas, deve ser excluído a presença de corpo estranho.

Quando o edema dificulta a penetração da medicação, a drenagem ou lavagem, deve ser considerada.

A cultura da secreção purulenta pode ser uma ajuda ao Tratamento.

Diagnóstico

Otalgia, secreção purulenta, espessamento dos tecidos do CAE e periauricular e dor à pressão do tragus, por manipulação do lóbulo da orelha.



Tratamento

Local: Solução 1% de Ácido acético, Gentamicina, Clo-ranfenicol ou Ofloxacina 0,3% (gotas), podem ser eficazes, durante 5 a 10 dias.

Sistêmico (nos casos moderados a graves):

1. Oral: Amoxicilina + ácido clavulânico ou Oxacilina (anti-estafilococo).
2. Parentérica (casos graves ou imunodeprimidos): Oxacilina (anti-estafilococo), Ciprofloxacina (anti-pseudomonas).

B - Otite média aguda

Conceito

Inflamação de natureza infecciosa, geralmente bacteriana, do ouvido médio e anexos.

É a infecção bacteriana mais comum em idade pediátrica e a principal causa de uso de antimicrobianos em crianças. O espectro da doença inclui: **otite media aguda (OMA)**, **Otite supurada**, inflamação não infecciosa acompanhada por derrame - **Otite media não supurada ou secretória**; **otite media crónica**.

Etiopatogenia

Há obstrução tubária com comprometimento da ventilação do ouvido médio, inflamação, derrame estéril, com posterior infecção bacteriana por secreção nasofaríngea infectada, que ocorre por aspiração, durante o choro ou obstrução nasal.

Agentes etiológicos mais frequentes, segundo dados da literatura médica mundial: *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *Moraxella catarrhalis*.

Nos RN os agentes mais frequentes são: Estafilococos aureus e bacilos entéricos Gram negativos.



As infecções víricas são factores favorecedores de OMA. Considerando a OMA um processo fundamentalmente bacteriano, discute-se o papel etiológico dos vírus, uma vez que vírus respiratórios podem ser encontrados também, nos exsudados do ouvido médio.

Clínica da OMA

O pico de incidência e prevalência ocorre entre os 6 e os 20 meses de idade. Há várias formas clínicas de apresentação da doença:

- Febre + otalgia (traduzida habitualmente pelo acordar súbito, com choro persistente, várias horas após sono profundo, irritabilidade diurna injustificada e prolongada).
É bom lembrar, no entanto, que **nem toda a otalgia significa otite** e esta pode cursar sem otalgia. Em geral a **otalgia** também está associada à inflamação do ouvido externo- **otite externa**, ou pode ser **dor referida**, conseqüente ao envolvimento da orofaringe, dos dentes, da articulação temporomandibular ou das parótidas.
- Febre isolada (embora possa haver otite sem febre)
- Coriza, rinofaringite que se prolonga para além dos 10 dias
- Tímpano difusamente congestionado ou distendido e/ou otorreia por perfuração timpânica
- Coriza associada a diarreia ou diarreia isolada

Na ausência de otorreia é obrigatório proceder a otoscopia, sem a qual não se estabelece o diagnóstico. A membrana timpânica pode estar opalescente, abaulada e/ou hiperemiada. Numa fase inicial, pode estar apenas retraída.

O exame otoscópico deve ser sistemático, em toda a criança com infecção das vias aéreas superiores, mesmo sem otalgia.

Tratamento ambulatorial

- Desobstrução nasal com soro fisiológico
- Antipiréticos/analgésicos (Paracetamol ou Ibuprofeno) durante 24 - 48h em crianças saudáveis com > 2 anos, sem factor de mau prognóstico. Se não resolver, instituir terapêutica antibiótica.
- Tratamento antibiótico:
 - 1ª Linha – Amoxicilina 80 a 100mg/kg/dia, de 8/8h, durante 10 dias.
 - 2ª Linha – Amoxicilina + ácido clavulânico 50mg/kg/dia, de 8/8h, durante 10 dias.

Controlo após 3 dias de tratamento.

Se boa evolução, completa os 10 dias de tratamento;

Se evolução desfavorável, dependendo da clínica, considerar a introdução do antibiótico de 2ª linha ou interconsulta com ORL, para tímpanocentese, meringotomia ou eventual internamento.

Sempre que possível, adequar o tratamento antibiótico ao Antibiograma (TSA)

Se alergia aos beta-lactâmicos :

- Eritromicina – 30-50 mg/kg/dia, de 6/6h (crianças < 6 meses)
- Azitromicina – 10mg/kg/dia, dose única diária, durante 3 dias (crianças >6 meses).

Quando internar?

- RN e lactentes < 3 meses
- Casos complicados com: mastoidite, meningite, otoantrite, paralisia do facial e ainda os imunodeprimidos.
- Medicação com Ceftriaxone 100 mg/kg/dia + Gentamicina 5-7 mg/kg/dia, durante 10 a 21 dias, conforme etiologia e evolução.

C - Otite média crónica

Conceito

Supuração crónica, intermitente ou contínua, com ou sem odor fétido, em geral com perfuração da membrana timpânica e granulações no ouvido médio, decorrentes de má evolução de uma otite média aguda, que persiste por mais de 1 mês.

Agentes etiológicos: pseudomonas, colibacilos, estafilococos e proteus.

Conduta

Não tapar o ouvido. Não usar cotonetes.

Secar e Limpar com mechas secas de algodão ou pano limpo, pelo menos 3 vezes por dia.

Norfloxacina – instilar 2 gotas no ouvido, 3 vezes por dia, durante duas semanas.

Quando encaminhar à ORL?

- OMA que não melhora após 1ª e 2ª linha de antibióticos e/ou surgimento de complicações, altura em que uma paracentese ou meringotomia, com colheita do exsudado para cultura e antibiograma, é pertinente.
- Otites de repetição ou otite seromucosa crónica, em que uma etiologia alérgica ou uma hipertrofia das adenóides, deve ser considerada, havendo eventual necessidade de adenoidectomia e/ou colocação de tubos de ventilação.
- Suspeita de presença de corpo estranho (às vezes mais perigoso pelas tentativas de extracção mal realizadas do que pela sua presença):
 - Mais de 3 episódios de OMA, em 3 meses.
 - Mais de 4 episódios de OMA, em 12 meses.



- Presença de líquido no ouvido médio, após 3 meses do episódio agudo.
- Membrana timpânica retraída e/ou com perfuração mantida por 6 semanas.
- Presença de complicações→déficit auditivo.



PNEUMONIAS
VS
BRONCOPNEUMONIAS

✓

PNEUMONIAS/BRONCOPNEUMONIAS

Conceito

Processo inflamatório, quase sempre infeccioso, de evolução geralmente inferior a 15 dias, que acomete o parênquima pulmonar (alvéolos e/ou infiltração do tecido intersticial pulmonar).

Nas infecções descendentes, associam-se frequentemente exsudados inflamatórios dos pequenos brônquios e bronquíolos.

Etiologia

Em todas as idades, exceptuando o período neonatal, os vírus são mais frequentes.

A incidência precisa de pneumonia bacteriana não é conhecida, pois a sua investigação teria de ser invasiva e cruenta.

O diagnóstico etiológico de presunção, baseia-se na clínica, epidemiologia local, aspectos radiológicos e idade do doente. Os factores predisponentes são: a idade, o baixo peso ao nascer, o estado nutricional e imunitário, o tipo de aleitamento, a anemia de células falciformes e condições particulares do ambiente (habitação, fumo de tabaco, de lenha, etc.)

Em Cabo Verde não temos dados epidemiológicos. Segundo a literatura médica, os germens microbianos mais frequentes, como causa de pneumonia adquirida na comunidade, em relação com a idade, constam do seguinte quadro:

Germes microbianos mais frequentes / idade

RN	1 a 3 Meses	> 3M a ≤ 5A	> 5 A
Streptococcus grupo B	Virus sincicial respiratório	Virus sincicial respiratório	Mycoplasma pneumoniae
E. Coli	Virus parainfluenza	Virus parainfluenza	S. pneumoniae
S. pneumoniae	Adenovirus	Adenovirus	Clamydia
H. influenza tipo B	S. pneumoniae	S. pneumoniae	Streptococcus pyogenes
	S. aureus	Mycoplasma pneumoniae	
	Clamydia	S. aureus	
	H. influenza tipo B		

Anamnese

Valorizar:

- Antecedentes de doença respiratória (Asma brônquica, Fibrose Quística, etc.), cardiopatia congénita, imunodeficiência, drepanocitose ou hospitalizações prévias.

- História de contágio.
- Características e evolução da tosse, dificuldade respiratória, pieira, vômitos, diarreia e recusa alimentar
- Medicação em curso e alergias medicamentosas
- Situação familiar

Formas de apresentação clínica

Contornos diferentes, conforme a idade do doente, o agente etiológico e a gravidade da doença.

As manifestações clínicas são diversas, inespecíficas e subtis, sobretudo no *período neonatal, em que o gemido e a taquipneia podem ser os únicos sinais.*

Maiores de um mês: tosse, em geral acompanhado de febre. Crianças mais velhas podem queixar-se de dor abdominal e/ou dor torácica.

Diagnóstico sindrômico (critérios da OMS/Estratégia AIDI)

- História clínica de febre e/ou tosse
- Exame físico
 - $FR \geq 60/\text{min}$ – 0 a <2meses
 - $FR \geq 50/\text{min}$ – 2m a <12meses
 - $FR \geq 40/\text{min}$ – 1 a 5 anos

(Criança a dormir sossegada ao colo da mãe e fora de um pico febril).

- Sinais característicos ao exame físico do aparelho respiratório: submacicez à percussão, sopro tubário, diminuição do murmúrio vesicular, roncos, fervores ou sibilos à auscultação.



Critérios de gravidade e internamento - OMS

0 a 2 meses	CLASSIFICAÇÃO	TRATAMENTO
AVALIAÇÃO		
- Sinais de perigo: não mama, sonolento, convulsões, estridor etc. - Tiragem e taquipnéia sem sinais de perigo - Sem tiragem e taquipnéia	Doença muito grave pneumonia grave tosse ou resfriado	Internamento Internamento Cuidados em casa
3 a 59 meses		
- Sinais de perigo: não bebe líquidos, sonolento, convulsões, estridor, desnutrição. - Tiragem e taquipnéia sem sinais de perigo - Taquipnéia sem tiragem - Sem tiragem e taquipnéia	Doença muito grave pneumonia grave pneumonia com antibióticos em casa tosse ou resfriado	Internamento Internamento Cuidados em casa

RX de torác: indicado nos casos muito grave, ou se há suspeita de complicações como derrame pleural e pneumotórax.

P

Exames complementares

Quando possível, confirmar de imediato o diagnóstico por Rx, nos casos clínicos moderados ou graves, para descartar complicações: derrame pleural, pneumatocelos, abscessos, atelectasias, pneumotórax e piopneumotórax.

Nos casos sem critério de gravidade, não se recomenda Rx de rotina.

Hemograma, PCR, VS, são pouco específicos e de escassa utilidade na orientação terapêutica.

Nas infecções por Pneumococo há, frequentemente, leucocitose muito elevada com neutrofilia e, na infecção a *Clamídia trachomatis*, eosinofilia.

Tratamento ambulatorial

- Medidas gerais (antipiréticos, hidratação e alimentação adequada)

Pneumonia bacteriana

- Crianças de 3 meses a 5 anos, sem critério de gravidade:
 - **Amoxicilina** - 80 a 100 mg/kg/dia, de 8/8h, durante 7 a 10 dias

Alternativas :

- **Cefuroxime axetil** - 30 mg/kg/dia, de 12/12h, durante 10 dias
- **Amoxicilina + Ác. Clavulânico** - 50mg/kg/dia, de 8/8h, durante 7-10dias
- Criança com mais de 5 anos:
 - **Penicilina procaínica** - 1.200.000 unidades IM/dia, durante 7 dias **ou**
 - **Amoxicilina** - 80 a 100mg/kg/dia, de 8/8h **ou** **Cefuroxime axetil**, **ou** ainda
 - **Amoxicilina + Ácido Clavulânico. Pneumonia atípica**
 - **Eritromicina** - 40 mg/kg/dia, 6/6h, 14 dias **ou**
 - **Claritromicina** - 15 mg/kg/dia, 12/12h, 14 dias **ou**
 - **Azitromicina** - 10 mg/kg/dia, durante 5 dias.



Nota: Consulta de controlo dentro de 72h e, se evolução desfavorável, encaminhar ao hospital.

Indicações de hospitalização de crianças com pneumonia:

- Idade < 6 meses (principalmente < 2 meses)
- Prematuridade ou baixo peso ao nascer
- Tiragem subcostal
- Sinais de hipoxemia
- Co-morbidades: anemia, cardiopatia, pneumopatia crónica, desnutrição e outras
- Recusa a ingerir líquidos
- Desidratação
- Convulsões/apneia
- Sinais radiológicos de gravidade: derrame pleural, pneumatocele ou abscesso
- Falha do tratamento ambulatorial
- Problema social

Tratamento hospitalar

- ✓ Medidas gerais (antipiréticos, hidratação e alimentação adequada)
- ✓ Monitorização dos sinais vitais
- ✓ O₂ por catéter nasal, quando necessário, por forma a manter uma saturação $\geq 92\%$
- ✓ Iniciar Terapêutica antibiótica empírica, o mais precocemente possível:

RN e lactentes com menos de 3 meses

- **Ampicilina** - 100mg/kg/dia ev + **Gentamicina** 5 a 7mg/kg/dia, durante 10dias
- **Eritromicina** - 50mg/kg/dia, oral, de 6/6h, durante 10dias, se houver suspeita de Clamydia

Crianças de 3 meses a 5anos

- **Penicilina cristalizada** - 100000U/kg/dia, de 4/4h ou

- **Ampicilina** - 100 mg/kg/dia, ev de 6/6h, durante 10 dias

Após melhoria do quadro clínico (em regra 3 dias), passar para IM e VO respectivamente, por mais **5 dias**.

Não modificar a Terapêutica antibiótica nas primeiras 72h, excepto nos casos de deterioração clínica marcada ou complicações.

Na ausência de melhoria, reconsiderar a etiologia ou modificar o Tratamento, alargando a cobertura antibiótica.

No grupo etário 3 meses a 2 anos, se a evolução não for favorável, suspeitar de:

- **Haemophilus** e tratar com *Cloranfenicol* - 100mg/kg/dia, durante 14 dias, inicialmente ev, passando a via oral, logo que o estado clínico permita; **ou**
- **Staphylococcus** (sobretudo se coexiste infecção da pele e/ou tecido celular subcutâneo; presença de derrame pleural ou enfisema) e tratar com *Flucloxacilina* 100 - 200mg/kg/dia, ev de 8/8h.

Complicações

- Atelectasia (sobretudo pneumonias virais)
- Derrame pleural
- Pneumatocele
- Piopneumotórax
- Infecção associada (otite, meningite, sinusite, sepsis)

Não há necessidade de Rx de controlo, quando a evolução clínica é favorável

Nas pneumonias complicadas, repetir Rx 4 semanas após alta.

Não esquecer a Tuberculose, se não houver resposta ao Tratamento, com os esquemas indicados

POLITRAUMATISMO
NA
CRIANÇA

✓

POLITRAUMATISMO NA CRIANÇA

Conceito

O uso do termo traumatismo envolve a noção de uma condição médica, com risco definido e factores de protecção que podem ser usados para definir estratégias de prevenção.

Os traumatismos representam uma das principais causas, evitáveis, de morbilidade e mortalidade pediátricas.

Os traumatismos **em casa (domésticos)** representam 80% e afectam, predominantemente, os menores de 3 anos, enquanto que os traumatismos na **rua**, predominam nos maiores de 6 anos.

Etiologia

Em Cabo Verde, a **queda** (de casa, de escada...), é a causa mais comum em qualquer idade, seguida de **traumatismos por veículo a motor**, em crianças de 5 a 9 anos (atropelamentos de pedestres sobretudo) e **queimaduras**.

Fisiopatologia

Os traumatismos na criança são, com frequência, politraumatismos, uma vez que a menor dimensão do corpo

da criança, favorece que as forças traumáticas se distribuam por uma área maior, originando lesões multisistémicas.

Por outro lado, o **traumatismo craniano (TC)** é muito comum, devido ao predomínio da cabeça em relação à restante superfície corporal da criança.

O TC ocorre por dois mecanismos principais: o **impacto** e o movimento de **aceleração/desaceleração** dele resultante. A lesão primária do traumatismo é mecânica e directamente responsável pela destruição do tecido cerebral.

Podem ocorrer fracturas, concussão, contusão ou laceração de vasos e/ou nervos e, lesões secundárias de edema cerebral, hipóxia ou isquémia.

O **traumatismo torácico** na criança é geralmente fechado devido ao impacto brusco e violento e, dado à elevada distensibilidade da caixa torácica, raramente há evidência externa de traumatismo.

Com mais frequência há lesão do **mediastino**, da qual pode resultar laceração de vasos ou da árvore traqueobronquial, com conseqüente hemotórax, pneumotórax ou ainda, pneumomediastino, manifestando-se este como enfisema subcutâneo.

O **traumatismo abdominal** é também fechado na maioria dos casos mas, mais frequente que o torácico, porque o abdómen está muito pouco protegido.

O **rim** é o segundo órgão mais atingido, depois do crânio, seguido do **baço**, 3º órgão a sofrer traumatismo, por ordem de frequência.

Os traumatismos ortopédicos na criança, tem características próprias, pelas particularidades da estrutura óssea – a cortical do osso é porosa e menos quebradiça que a do adulto, pelo que é frequente a **fractura em ramo verde**.

Anamnese

É fundamental uma boa anamnese, com a descrição o mais exacta possível, das circunstâncias do traumatismo. Se houver desproporção entre o traumatismo e as lesões encontradas, procurar **factores predisponentes** como epilepsia, doenças da coagulação, atraso mental ou maus-tratos.

Manifestações clínicas

T.Craniano → vômitos, perda de consciência, sonolência, agitação, por vezes convulsões, reflexos assimétricos, parésias, descerebração e descorticação, são as mais frequentes.

Traumatismo torácico → dor torácica e dificuldade respiratória

Traumatismo abdominal → dor abdominal, hematúria, aerofagia e regurgitação podem estar presentes.

Traumatismo dos membros → impotência funcional do membro atingido, com dor e outros sinais inflamatórios.

Exame Objectivo

Na admissão do doente traumatizado, a primeira prioridade deve ser a avaliação das funções vitais, o chamado **ABC** (Airway, Breathing, Circulation) do coma.

Nas situações de traumatismo, acrescenta-se um **D** (Disability) e um **E** (Exposure).

D - avalia a capacidade funcional do doente, a qual está relacionada com a escala de Glasgow: (ver página seguinte).

Escala pediátrica de coma (Glasgow)		
Abertura dos olhos	Espontânea	4
	À estimulação verbal	3
	À Dor	2
	Ausente	1
Resposta motora	Espontânea	6
	Ao tacto	5
	À Dor	4
	Flexão anormal à dor	3
	Extensão anormal à dor	2
	Ausente	1
Discurso verbal >2 anos	Orientado	5
	Confuso	4
	Inapropriado	3
	Imcompreensível	2
	Ausente	1
Resposta verbal < 2 anos	Sorriso social: segue objectos e sons	5
	Choro Consolável	4
	Choro persistente inapropriado	3
	Agitação	2
	Ausente	1
Total		15

E - alerta para a necessidade de observar o doente traumatizado, completamente despido, a fim de não passar despercebida, nenhuma área de traumatismo.

O exame neurológico deve ser exaustivo na procura de sinais focais:

- A assimetria das **pupilas** é um sinal de alarme para **hematoma epidural** (a pupila do lado da hemorragia está dilatada e fixa).
- O **hematoma subdural** manifesta-se mais por **parésias**.
- A **postura** e o **padrão respiratório**, dão pistas sobre o prognóstico do doente.

Pesquisar na *cabeça*:

Hematomas, feridas, afundamentos e soluções de continuidade, sugestivas de fractura. Equimose periorbitária, otorragia, otorraquia, epistaxis e rinorráquia, são sinais indirectos de fractura dos ossos da base do crânio.

Tórax: Assimetrias? Dispneia? Crepitação subcutânea?

Abdómen: Observação após esvaziamento do estômago, com sonda nasogástrica. Feridas?

Contusões? Hematomas? Dor à descompressão? Auscultação silenciosa? Hematúria?

Aparelho locomotor: Atenção à coluna vertebral (não esquecer o colar cervical).

Examinar cuidadosamente os membros e todas as articulações. Avaliar a estabilidade da pelve e procurar sinais de lesão genito-urinária: lesão uretral (contraindicada algaliação), equimoses escrotais e labiais.

Não esquecer que as fracturas podem provocar lesões vasculares a jusante, pelo que devemos vigiar os pulsos e o tempo de recoloração ou preenchimento capilar (normal até 2seg).

Todo o politraumatizado depois de avaliado, deve ser classificado segundo a Escala Pediátrica de Trauma, que permite quantificar a gravidade dos doentes objectivando o seu prognóstico.

Escala pediátrica de trauma

Elementos de análise	Categoria do doente		
	-1	+1	+2
Peso	< 10 kg	10-15 kg	> 20 kg
Vias aéreas	Não permeáveis	Permeáveis	Normais
TA sistólica	<50 mmHg	50-90 mmHg	> 90 mmHg
Pulso	Filiforme ou ausente	palpável na femoral	palpável no punho
SNS	Comatoso	Obnubilado	Acordado
Esqueleto	# Abertas / múltiplas	# Fechadas	Sem #
Feridas	Major ou penetrantes	Menores	Não

→ Fractura

Mais de 8 pontos → 0% de mortalidade; Menos de 0 pontos → 100% mortalidade

Conduta a seguir:

Transferir o doente para o hospital central, após a sua estabilização e tomando as devidas precauções em relação à imobilização de eventuais fracturas (incluindo o colar cervical) e, à prevenção do choque hipovolémico.

Exames Complementares (em função do exame objectivo):

- Rx do crânio e /ou TAC crâneo-encefálico → quando há risco moderado: idade < 2 anos, perda de conhecimento, vômitos, cefaleias, traumatismo da face ou maus tratos).
- TAC crâneo-encefálico – Se exame neurológico anormal, fractura aberta, alterações graves da consciência.
- Rx tóraco-abdominal.
- Pesquisa de hematúria microscópica com fita reactiva
- Rx dos membros e TAC da coluna.

Tratamento curativo / reabilitação

Abordagem multidisciplinar.

A sua instituição depende do tipo de traumatismo e órgão lesado.

TCE:

- Ligeiro:

- Observação rigorosa no domicílio, com orientação aos pais
- Repouso

- Moderado a grave:

- Observação rigorosa
- Repouso no leito, com a cabeceira elevada a 30°

- Controle dos sinais vitais
- Medicação sintomática
- Hdratação parenteral
- Suporte O₂
- Tratamento da hipertensão intracraniana
- Anticonvulsivantes, se necessário

Os pacientes vítimas de TCE (traumatismo crânio-encefálico), devem ser observados de maneira rigorosa, por uma equipe treinada:

- **Posição:** Estes pacientes devem ser posicionados, preferencialmente, com a cabeceira elevada (30°), para melhorar o retorno venoso e com isto evitar hipertensão intracraniana (HIC).
Em caso de vômitos, posicionar lateralmente para evitar aspiração de secreções.
- **Observação:** Monitorização dos sinais vitais e neurológicos, de hora em hora ou de 2 em 2 horas. Qualquer anormalidade deve ser prontamente relatada.
- **Sonda vesical** e sonda nasogástrica, nos pacientes comatosos.
- **Via oral suspensa**
- **Analgésicos/Antitérmicos/Antieméticos:** Administra-se Paracetamol e Metoclopramida de rotina, pois sabe-se que a dor, hipertermia e um episódio de vômito, podem aumentar a pressão intracraniana (PIC) e, serem até, factores agravantes do quadro neurológico.
- **Proteção da mucosa gástrica:** o paciente vítima de TCE está sob risco de desenvolver úlcera de stress e, por isso, administra-se *Cimetidina oral ou ev*, de 12/12 horas.
- **Anticonvulsivante:** É administrado para tratamento de qualquer paciente, independente da lesão, que tenha apresentado um episódio de crise convulsiva,

após o trauma.

Utiliza-se de rotina a Fenitoína (250 mg/5 ml). Administra-se uma dose de ataque de 15-20 mg/kg e manutenção de 5 mg/kg dia, de 8/8 horas.

Para cessar a crise inicial, administra-se **Diazepam** ev, tendo em atenção os sinais de depressão respiratória.

- **Manitol:** É um agente hiperosmolar, que reduz de maneira transitória a PIC.

Não deve ser administrado em pacientes com hipotensão arterial.

Os corticóides não estão indicados em paciente com TCE.

Controlo de traumatismos

O termo **prevenção de acidentes** foi substituído por **controlo de traumatismos**, já que acidente está conotado a um evento que ocorre por acaso, uma fatalidade, quando na verdade, a maioria dos traumatismos são previsíveis e, os factores de risco bem identificados.

A **prevenção primária** é possível com medidas modificadoras do ambiente, tornando-os saudáveis e com menos riscos para o desenvolvimento das crianças.

A **prevenção secundária e a terciária** exigem serviços médicos e cuidados apropriados, em termos de tratamento e reabilitação.

QUEIMADURAS EM CRIANÇAS

[Handwritten signature]

QUEIMADURAS EM CRIANÇAS

As queimaduras representam um dos acidentes domésticos mais frequentes em Cabo Verde.

Além de ser importante causa de morbidade, com internamentos hospitalares prolongados, podem deixar sequelas permanentes, num número significativo de crianças. Em Cabo Verde, em regra, tem sido acidental, por negligência, falta de supervisão das crianças e trabalho doméstico, sendo os agentes causais mais frequentes, líquidos quentes (água, sopa, óleo, etc), fogo (chamas) e queimaduras eléctricas.

Clínica

Como ocorre com qualquer tipo de trauma, a atenção inicial deve dirigir-se às vias aéreas, à respiração e à circulação. As queimaduras na pele são evidentes ao exame físico, mas importa classificar o queimado em **grave, moderado** ou **ligeiro**, antes de se definir a conduta a seguir.

Critérios de gravidade (parâmetros):

- A. **Extensão** – uma queimadura exprime-se em % de superfície corporal (ver figura 1).

- B. Profundidade** – 1º, 2º ou 3º grau, conforme se limita à epiderme, atinge a derme ou vai além da hipoderme, respectivamente.
- C. Localização** – face, mãos, pés, perineo e áreas articulares, implicam maior gravidade, pela possibilidade de sequelas estéticas e/ou funcionais.
Queimaduras circulares nos membros, representam perigo de compromisso circulatório, pelo que merecem atenção especial.
- D. Agente causal** – as queimaduras pelo fogo são potencialmente mais graves, contudo, o factor importante de gravidade é o tempo de contacto entre o agente causal e o indivíduo.
- E. Idade do queimado** – o factor mais importante, que diferencia a criança do adulto, é a grande superfície corporal em relação ao peso, determinante de grande importância no equilíbrio hidro-electrolítico e na regulação da temperatura corporal, onde ainda pesa a menor espessura do tecido celular subcutâneo.
- F. Doenças associadas**

Conhecendo os aspectos acima descritos podemos classificar uma queimadura em grave, moderada ou ligeira. (ver quadro)

Grave	Moderada	Ligeira
<ul style="list-style-type: none"> • Inalação • $\geq 30\%$ • 3º Grau $> 10\%$ • Face. Mãos. Perineo • Queimaduras eléctricas • Queimaduras químicas • Traumatismo associado 	<ul style="list-style-type: none"> • $\geq 15\% < 30\%$ • 3º Grau $\leq 10\% > 2\%$ 	<ul style="list-style-type: none"> • $< 15\%$ • 3º Grau $< 2\%$

TRATAMENTO

As queimaduras **ligeiras** podem ser tratadas no ambulatório.

- Estimular a hidratação oral.
- Analgesia se absolutamente necessário.

- Lavagem com clorexidina – cetrimida a 0,5% + soro fisiológico (mornos).
- Limpeza dos restos cutâneos **sem rebentar as flictenas íntegras.**
- Penso com gaze gorda ou sulfadiazina argêntica
- Profilaxia do tétano, se não houver vacinação prévia.

As queimaduras **moderadas**, podem ser tratadas num centro de saúde com unidade de internamento ou no Hospital Regional

*As queimaduras **graves** devem ser transferidas para o Hospital*

Tratamento das queimaduras moderadas ou graves

1º Estabelecer via de perfusão endovenosa

2º Perfusão de lactato de Ringer - volume total nas primeiras 24h, estimado da seguinte forma: $3\text{ml} \times \% \text{ queim} \times \text{peso kg}$ antes da queimadura. Metade desse volume deve correr em 8h, contado a partir da hora do acidente e a outra metade nas 16h seguintes.

Controle do débito urinário $> 1\text{ml/kg/hora}$, do estado de consciência, dos sinais vitais e da circulação periférica.

3º Analgesia com paracetamol e sedação, se necessário, com diazepam – 0,1 a 0,2mg/kg/dose ev ou rectal.

4º Algaliação vesical (se for queimadura do períneo ou $> 30\%$).

5º Colocar SNG (em SOS ou se queimadura $> 30\%$).

6º Cuidados com a área queimada:

- Lavagem com cetrimida a 0,5% + soro fisiológico (mornos).
- Limpeza dos restos cutâneos **sem rebentar as flictenas.**
- Penso com gaze gorda ou Sulfadiazina Argêntica ou Bacitracina.

- Penso aberto nas queimaduras da face e do períneo
- Aplicação de Betadine creme, na face.
- Cuidados especiais com os pensos nas zonas de flexão, para prevenir cicatrizes retrácteis e das mãos e pés, para evitar sinequias.

7º Isolar o doente, quando a situação o indicar

8º Profilaxia do tétano, se não for vacinado previamente

9º Transferir o doente, quando necessário

ANTIBIOTICOS SISTÉMICOS

A causa mais comum de morte entre os doentes queimados é a infecção, pelo que há que respeitar escrupulosamente as regras de assepsia, desde o primeiro contacto com o doente.

Nenhum acesso venoso deve ser mantido por mais de 7 dias.

Há controvérsia sobre a eficácia de Penicilina profiláctica durante 5 dias.

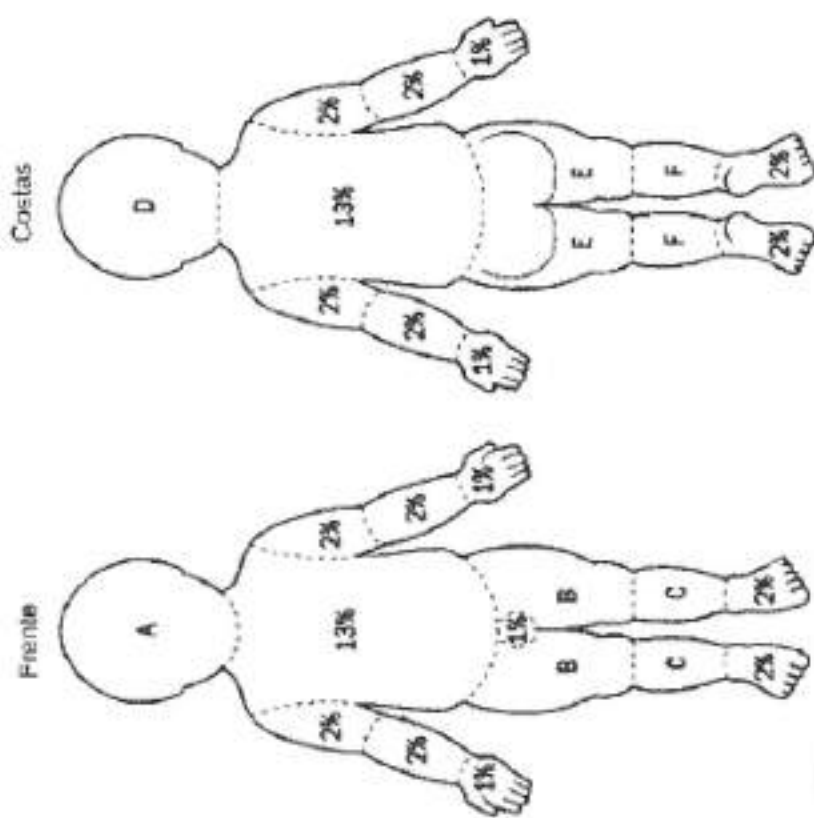
Uma vez que a zona de coagulação das queimaduras é avascularizada, nem os mecanismos de defesa do próprio organismo, nem os antimicrobianos sistémicos, são eficazes no combate às bactérias nessa região.

Devem ser aplicados à queimadura agentes anti-bacterianos tópicos

O agente tópico de 1ª escolha é a **Sulfadiazina argêntica**. A **Solução de nitrato de prata** a 0,5% é uma alternativa. Decidir quando uma criança queimada se encontra séptica e necessitando de antibiótico sistémico, nem sempre é uma tarefa fácil. É preciso estar vigilante, para se reconhecer os sinais evocadores de infecção e tratá-la adequada e atempadamente.

Gráfico para calcular a percentagem da superfície corporal queimada

Calcular a área total queimada somando a percentagem da área da superfície corporal afectada como ilustrado na figura (recorrer à tabela para áreas A - F as quais se alteram de acordo com a idade da criança.



Área	Por idade em anos		
	0	1	5
Cabeça (A/D)	10%	9%	7%
Coxa (B/E)	3%	3%	4%
Perna (C/F)	2%	3%	3%

S

REANIMAÇÃO NEONATAL

Handwritten signature

REANIMAÇÃO NEONATAL

Da qualidade e da aplicação de medidas que envolvem um nascimento difícil, depende a qualidade de toda uma vida!

Colocar a criança num campo estéril, em decúbito dorsal, num lugar aquecido e secá-la enquanto se estimula o tórax.

As acções a realizar devem ser feitas, de acordo com o esquema A- B - C- D, de forma sistematizada, para melhor eficácia:

A – Aspiração das vias aéreas – aspiração de secreções com um catéter mole, estéril. Começar pela boca, seguido das narinas, o mais cedo possível, de preferência após a saída da cabeça, antes de terminado o parto.

B – (do inglês **Breath** = **respiração**) – ventilação através de ambú pediátrico (ou respiração boca a boca na falta de ambú);

Oxigénio a 2 L/min. Se não respira e há pessoal treinado, intubar o doente. Certificar-se de que o tubo está mesmo na traqueia e não no esófago.

C – Circulação – se após as etapas A e B a criança ainda mantém FC <100, manter a ventilação e fazer massagem cardíaca.

Quando há paragem cardio-respiratória, é necessário que para cada 3 massagens, se faça 1 ventilação (1,2,3-ventile).

D – Drugs = medicamentos

O tratamento farmacológico é o último recurso.

Nunca interromper as acções de reanimação para preparar os medicamentos. Será sempre necessário o apoio de uma segunda pessoa.

Administrar em sequência, de acordo com o esquema de reanimação a seguir:

- **Adrenalina 1:10.000** → diluir 1ml em 9ml de água destilada – passar 0,1 - 0,3ml/kg ev, intracardíaco ou endotraqueal.
Pode ser repetido de 5 em 5 min. Se a FC continuar <60 bpm, fazer expansão de emergência com SF → 10 a 20ml/kg
- **Bicarbonato de Na⁺ a 8,4%** → 2mEq/kg (1ml = 1mEq), diluído em igual quantidade de soro glicosado a 5% ev lento, na ocorrência de acidose metabólica e quando a ressuscitação for prolongada.
Deve ser dado, só depois do restabelecimento da ventilação efectiva.

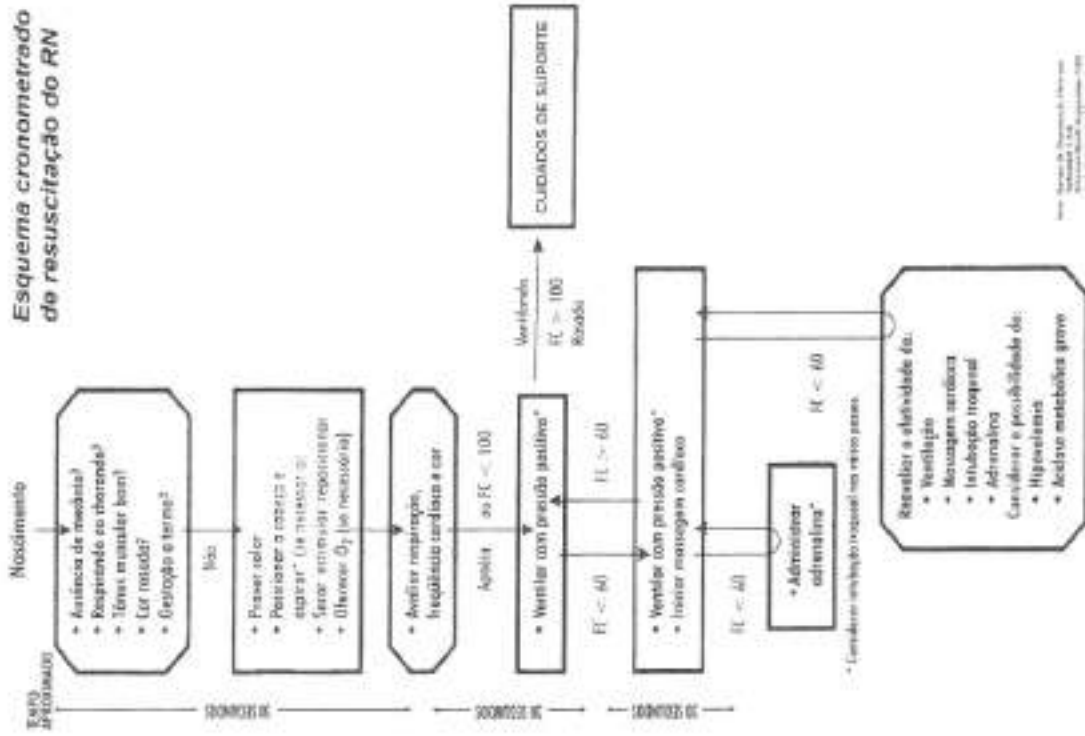
Quando parar de reanimar? (na impossibilidade de ventilação assistida):

Após 20 min sem frequência cardíaca e 45 min sem respiração espontânea.

RECURSOS

- 1 Médico
- 1 enfermeiro

Esquema cronometrado de resuscitação do RN



[Handwritten signature]

- O₂
- Ambú pediátrico
- 2 seringas com:
 - 0,1ml de adrenalina (1:1000) + 0,9 ml de água destilada
 - 10 ml de bicarbonato de sódio + 10 ml de SG a 5%
- Soro fisiológico
- Tubos traqueais calibre 2,5 / 3 e 3,5



SEPSIS NEONATAL

2

SEPSIS NEONATAL

Conceito

Sepsis é a resposta sistémica do organismo à infecção. Trata-se de uma das causas da **síndrome de resposta inflamatória sistémica (SRIS)**, embora existam causas não infecciosas.

Se não reconhecido precocemente e tratado adequadamente, pode evoluir para sepsis grave, **choque séptico** (sepsis com hipotensão), **síndrome de disfunção de múltiplos órgãos (SDMO)** e morte.

Sepsis neonatal - Infecção bacteriana sistémica, que ocorre nos 1^{os} 28 dias de vida.

Sepsis precoce - Quando surge nas primeiras 72h e vida :

- ✓ Infecção do líquido amniótico.
- ✓ Adquirida intra-parto.
- ✓ Passagem pelo canal de parto → exposição a flora vaginal e colonização cutâneo-mucosa.
- ✓ Agentes mais frequentes: E.coli e Estreptococo do grupo B.

Sepsis tardia - Quando surge entre as 72h e os 28 dias de vida. (Sepsis neonatal tardia / nosocomial):

- ✓ Mais comum após 1ª semana de vida
- ✓ Foco identificável: meningite +++
- ✓ Transmissão horizontal
- ✓ Agentes responsáveis: Pneumococo, Estreptococo grupo B, Estafilococo, Pseudomona e Klebsiella

Septicemia - Sepsis clínica, com hemocultura positiva. Contudo, hemocultura negativa não exclui sepsis.

No recém-nascido (RN) e, sobretudo no pré-termo, a exposição aos microrganismos do canal de parto, a imaturidade do sistema imunológico, os traumatismos da pele, a menor eficácia da barreira cutâneo-mucosa, os procedimentos invasivos, o internamento prolongado, a presença de outros RN infectados, obrigam a um elevado grau de suspeição clínica e instituição precoce de tratamento empírico, tendo em conta os factores de risco existentes.

Diagnóstico Precoce

O diagnóstico precoce assenta em três pressupostos:

I- Factores de risco

➤ Materno e do periparto

- Mãe com infecção urinária ou ginecológica
- Ruptura prolongada de membranas (bolsa de água) > 18h
- Taquicardia fetal > 160
- Hipertonia uterina
- Líquido amniótico fétido
- Leucocitose materna > 15000

- Febre intraparto: temp > 37,8°
- Parto traumático
- Parto pré-termo espontâneo

➤ Do recém-nascido (RN)

- RN pré-termo ou de muito baixo peso
- Gemelar
- Sexo masculino
- Índice de Apgar < 6
- Procedimentos invasivos

2 – Etiologia

A. Bacteriana

Estreptococo Grupo A

E. coli

E. fecalis

Listeria

Klebsiella

H. influenza

B. Viral

C. Micótica

3 – Sinais clínicos sugestivos

Frequentemente, as manifestações clínicas de sepsis neonatal são muito variadas e pouco específicas, traduzindo-se por:

- Sensação de o “RN não estar bem”
- Intolerância alimentar, vômitos, diarreia, distensão abdominal
- Sucção fraca ou recusa do seio materno
- Letargia, irritabilidade, queixume
- Hipotermia ou hipertermia

- Pele marmoreada, cianose, palidez, icterícia, púrpura
- Taquicardia ou bradicardia
- Apneia ou taquipneia, agravamento do padrão respiratório
- Hipotonia ou hipertonia
- Fontanela anterior tensa
- Convulsões
- Hepatoesplenomegalia
- Hiperglicemia

4 - Avaliação laboratorial

- Hemocultura
- Urocultura
- Exame do liquor - citoquímico, bacteriológico directo e cultural
- A punção lombar deve ser executada em todo o RN com suspeita de sepsis, uma vez que 20 a 25% das sepsis podem estar associado a meningite.
- Hemograma completo, glicémia, PCR
- Rx tórax

A associação de marcadores de infecção: PCR > 1,6mg/dl e leucócitos > 25000/mm³ ou < 5000/mm³, é um indicador precoce de infecção, antecipando-se à hemocultura.

Tratamento hospitalar

Considerando a elevada morbidade e mortalidade da sepsis e a inespecificidade do quadro clínico, justifica-se iniciar o tratamento empírico, enquanto se aguardam os exames culturais, tendo em conta os factores de risco associados aos marcadores de infecção já referidos.

1ª opção:

Ampicilina 200mg/kg/dia , ev de 12/12 horas, na pri-

meira semana de vida e de 8/8 horas nas crianças com idade > 7 dias + **Gentamicina** (5mg/kg/ dia), ev diário

2ª opção:

Cefalosporina de 3ª geração (**Ceftriaxona**, 100 mg/kg/dia, cada 12 ou 24 horas ou **Cefotaxima** 100mg/kg/dia, ev de 6/6h).

A Ceftriaxona também pode ser administrada por via IM.

A duração do tratamento não deve ser inferior a 14 dias, podendo chegar a 21 dias, nos casos com meningite associada.

Reavaliação às 48-72h de vida: se as culturas forem negativas, os exames laboratoriais estiverem dentro dos parâmetros normais e não houver sinais clínicos, pode-se interromper a antibioterapia.

A antibioterapia dirigida é feita de acordo com o resultado do antibiograma.

SÍNDROME FEBRIL
NA
CRIANÇA

SÍNDROME FEBRIL NA CRIANÇA

A febre é o sintoma que motiva maior número de consultas, tanto no ambulatório como na Urgência.

A maioria ocorre em crianças com menos de 3 anos de idade. A metodologia da abordagem de uma criança com febre, varia conforme a duração da mesma e o grupo etário.

Para fins práticos, é útil ter uma classificação dos síndromes febris, após anamnese cuidada e exame físico minucioso.

1. Febre com sinais de localização específica – Tratamento específico. A doença respiratória é a mais frequente. A maior parte é de etiologia viral, auto limitada, demorando em média 5 dias. Não esquecer a possibilidade de paludismo.

2. Febre recente (até 7d) sem sinais localizatórios - 2 a 5% terá bacteriemia oculta (presença de hemoculturas positivas para bactérias patogénicas, numa criança febril, mas sem ar séptico e sem foco de infecção identificado).

O grupo mais susceptível é de crianças < 3 anos, malnutridas, com febre mantida, leucócitos < 5000 ou > 15000 e anemia. Quanto menor a idade, maior o risco.

Segundo alguns autores, febre que não desce 0.8°C em 2 horas, após administração de paracetamol, em crianças entre os 2 meses e 6 anos, sugere bacteriemia oculta.

Os agentes etiológicos mais frequentes da bacteriemia oculta são os *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* e *Samonella*.

3. Febre prolongada de origem indeterminada – FPOI – mais de 7d de duração, em que os exames preliminares são negativos

Nesses casos deveremos internar o doente para investigação, ter uma atitude conservadora, com monitorização clínica e, utilização criteriosa e racional dos meios complementares ao nosso dispor, como segue:

Fase I – Ambulatorial

- Anamnese
- Exame objectivo
- Exames complementares:

1ª linha

- Hemograma e VS
- PCR
- Gota espessa
- Serologia para dengue
- Urina tipo II
- Urocultura

2ª linha

- Widal
- Rosa de Bengala
- Rx do Tórax
- Mantoux

QUADRO 162-1. Considerações Diagnósticas para a Febre de Origem Indeterminada em Crianças

<p>Abcessos: Abdominal, cerebral, dental, hepático, pélvico, periteneal, renal, sub- frênico.</p> <p>Diabetes insipidas (refrígeno e não refrígeno)</p> <p>Infecções</p> <p>Bactérias</p> <p>Causadas por organismos específicos</p> <p>Actinomicose</p> <p>Bartonella henselae (doença da aranha-dura do gato)</p> <p>Bruceose</p> <p>Campylobacter</p> <p>Francisella tularensis (Tularmia)</p> <p>Listeria monocytogenes (Listeriose)</p> <p>Meningococcemia (crônica)</p> <p>Mycoplasma pneumoniae</p> <p>Febre de mordedura do rato (Streptococcus moniliformis;</p> <p>Forma estreptocócica da febre da mordedura do rato)</p> <p>Salmonella</p> <p>Tuberculose</p> <p>Yersinia</p> <p>Infecções localizadas</p> <p>Abcessos: Abdominal, cerebral, dental, hepático, pélvico, periteneal, renal, subfrênico.</p> <p>Collangite</p> <p>Endocardite infecciosa</p> <p>Mastoidite</p> <p>Ozempetite</p> <p>Pneumonia</p> <p>Pielonefrite</p> <p>Sinusite</p> <p>Espiroquetas</p> <p>Borreli burgdorferi (doença de Lyme)</p> <p>Febre recorrente (Borrelia recurrentis)</p> <p>Leptospirose</p> <p>Febre de mordedura do rato (Spirillum minus; forma espirilar da febre de mordedura do rato)</p> <p>Sifilis</p> <p>Doenças fúngicas</p> <p>Blastomicose (extrapulmonar)</p> <p>Coccidioidomicose (disseminada)</p> <p>Histoplasmose (disseminada)</p> <p>Chlamydia</p> <p>Linfogranuloma venéreo</p> <p>Petactose</p> <p>Riquetsia</p> <p>Ehrlichia canis</p> <p>Febre Q</p> <p>Febre maculosa das Montanhas Rochosas</p> <p>Tifo causado por carapato</p> <p>Vírus</p> <p>Choenegalavírus</p> <p>Vírus das hepatites</p> <p>HIV</p> <p>Munroclorose infecciosa (Virus Epstein-Barr)</p> <p>Doenças parasitárias</p> <p>Amebiose</p> <p>Babiose</p> <p>Giardíase</p> <p>Maldria</p>	<p>Tiroplasmose</p> <p>Troganose</p> <p>Tripanosomíase</p> <p>Larva migrans visceral (oxocara)</p> <p>Doenças reumatológicas</p> <p>Doença de Berquet</p> <p>Dermatomiosite juvenil</p> <p>Artrite reumatóide juvenil</p> <p>Febre reumática</p> <p>líquas entomatoso sistêmico</p> <p>Doenças por hipersensibilidade</p> <p>Febre medicamentosa</p> <p>Pneumonia por hipersensibilidade</p> <p>Pancreatite</p> <p>Doença do soro</p> <p>Doença de Wöber-Christian</p> <p>Neoplasias</p> <p>Mixoma arial</p> <p>Granuloma de colesterol</p> <p>Doença de Hodgkin</p> <p>Pseudotumor inflamatório</p> <p>Leucemia</p> <p>Linfoma</p> <p>Neuroblastoma</p> <p>Tumor de Wilms</p> <p>Doenças granulomatosas</p> <p>Doença de Crohn</p> <p>Hepatite granulomatosa</p> <p>Sarcoidose</p> <p>Doenças familiares hereditárias</p> <p>Displasia ectodérmica ambrótica</p> <p>Doença de Fabry</p> <p>Dissonomia familiar</p> <p>Febre familiar do mediterrâneo</p> <p>Hipertiglicidemia ictiose</p> <p>Crise febril</p> <p>Diversos</p> <p>Hepatite crônica ativa</p> <p>Diabetes insipidus (nefrógico e não nefrógico)</p> <p>Febre factica</p> <p>Febre hipotalâmica central</p> <p>Hipertensão arterial infantil</p> <p>Doença intestinal inflamatória</p> <p>Doença de Kawasaki</p> <p>Doença de Kawasaki-Fujimoto</p> <p>Pancreatite</p> <p>Febre periódica</p> <p>Envenenamento</p> <p>Embolia pulmonar</p> <p>Tromboflebite</p> <p>Tirotoxicose</p> <p>Febre recorrente ou recidivante</p> <p>Ver Quadro 161-1</p> <p>Febre não diagnosticada</p> <p>Persistente</p> <p>Recorrente</p> <p>Resolvida</p>
--	---

R

Fase II – Internamento

- Hemocultura
- Repetir exames da Fase I
- Sorologias específica (HIV, Fasciola, Brucela, Toxoplasma)
- Função hepática
- Urocultura
- Rx dos seios perinasais/mastóides
- Punção lombar

Fase III – Outros exames

- TAC
- Biopsia
- Endoscopia
- Ecografia

Enquanto se investiga, só se deve baixar a febre caso a criança não a tolerar (desconforto) ou tiver história de convulsão febril, $tax > 38,5^\circ$, encefalopatia ou cardiopatia. A febre pode ser útil no controlo da infecção, aumentando a produção de interferon e a capacidade bactericida dos neutrófilos.

Deve-se recorrer a medidas antitérmicas gerais:

- a) Remoção da roupa
- b) Ambiente pouco aquecido
- c) Banho morno (não usar água gelada nem álcool)
- d) Oferecer líquidos frescos
- e) Repouso
- f) Paracetamol (de preferência) → 20 a 40 mg/kg/dia, rectal ou vo, de 8/8 h.

Alternativas: AAS - 50 mg/kg/dia, 6/6h oral (contraindicado na varicela e influenza).

- Ibuprofeno - 5 a 10 mg/kg/dose de 8/8 horas.

Os Antipiréticos são também analgésicos, pelo que podem mascarar os dados clínicos.

O diagnóstico da FPOI exige rigor e perícia.

As provas terapêuticas com antibióticos não são permitidas, porque podem mascarar o curso de uma doença infecciosa, induzindo a erros diagnósticos. São exceções os tuberculostáticos, numa criança gravemente doente, com hipótese de tuberculose, AAS ou outro anti-inflamatório não esteróide, numa criança com suspeita de Artrite Reumatóide Juvenil (ARJ).

Quanto mais prolongada for a febre, maiores serão as probabilidades de ser uma doença do tecido conectivo ou neoplasia.

Estudos feitos concluíram que na FPOI (ver quadro em baixo):

- 35 a 50% - Infecção
- 16 a 20% - Conectivite
- 10% - Neoplásico
- 10% - Doenças comuns, com apresentação atípica.
- 10% - Sem diagnóstico

SÍNDROME NEFRÓTICO

Handwritten signature

SÍNDROME NEFRÓTICO

Conceito – Define -se como síndrome nefrótica, a associação de:

- Proteinúria $\geq 40\text{mg}/\text{m}^2/\text{h} = 50\text{mg}/\text{kg}/\text{d} = 2\text{mg}/\text{dl}$
- Hipoalbuminémia ($< 2,5\text{g}/\text{dl}$)
- Hiperlipidemia (colesterol e triglicéridos elevados)
- Edema

Etiologia

A maioria das crianças (90%) apresenta uma forma de síndrome nefrótica idiopática.

Os restantes 10% apresentam síndrome nefrótica secundária, relacionado a doenças glomerulares, tais como, nefropatia membranosa ou glomerulonefrite membranoproliferativa e outras.

Fisiopatologia

Aumento da permeabilidade renal à filtração das proteínas, que induz à proteinúria maciça e hipoalbuminémia. A causa do aumento da permeabilidade não é conhecida.

Apresentação clínica do síndrome nefrótica idiopático

Grupo etário mais frequente - 2 a 6 anos, com predomínio do sexo masculino (2:1)

Edema discreto periorbitário e nas extremidades inferiores, que desaparece ao longo do dia, *por vezes indevidamente diagnosticado como uma crise alérgica.*

Com o passar do tempo, o edema torna-se generalizado, evoluindo para ascite, derrame pleural e edema genital, levando a diagnóstico diferencial com glomerulonefrite aguda ou crônica, insuficiência hepática, insuficiência cardíaca congestiva e desnutrição proteica.

Na criança com idade inferior a 8 anos, a base histológica caracteriza-se em 90 % por lesões mínimas – síndrome nefrótica puro.

Síndrome nefrótica congénito

Crianças que desenvolvem síndrome nefrótica nos 3 primeiros meses de vida, são consideradas como portadoras de **síndrome nefrótica congénita** (causa genética, infecções como sífilis, rubéola, toxoplasmose, citomegalovirus, HIV, hepatite B, Amiloidose, Diabetes mellitus, Artrite reumatóide, doenças infecciosas, secundária a drogas (Captopril, AINE, Sais de ouro), secundário a neoplasias (Hodgkin, Linfomas).

Síndrome nefrótica secundário

O síndrome nefrótica também ocorre como característica secundária de muitas formas de doenças glomerulares (nefropatia membranosa, glomerulonefrite membrano proliferativa, glomerulonefrite pós-infecciosa, nefrite lúpica, púrpura de Henoch-Schönlein).

Em geral, deve ser considerada em doentes acima de 8 anos, com hematúria, hipertensão, disfunção renal, sintomatologia extrarenal (exantema, artralguas) ou com níveis reduzidos de complemento sérico.

As complicações mais frequentes da fase aguda do síndrome nefrótico são:

- Insuficiência renal aguda, secundária ou não à hipovolémia
- Peritonite primária por pneumococo e acidentes tromboembólicos.

Laboratório

- Exame sumário de urina
- (proteinúria 3 a 4+, hematúria microscópica em 20% dos casos)
- Proteinúria de 24h superior a 40mg/m²/h
- Ureia/creatinina pode estar aumentado, se houver hipovolémia
- C3 (normal na nefrose pura, alterada na secundária)
- Proteínas totais e fracção albumina (< 2,5g%)
- Perfil lipídico, colesterol e triglicéridos elevados
- Se os dados laboratoriais iniciais apontarem para uma nefrose secundária, prossegue-se a investigação no sentido de apurar a etiologia.

Tratamento

- Dieta hiposódica (enquanto houver edema e hipertensão), normoproteica e normocalórica
- Antibióticos: dependentes do local da infecção e do possível agente etiológico (geralmente as infecções desencadeiam as recaídas de síndrome nefrótica).
- Diuréticos são indicados nos casos de edema e hipertensão arterial, de forma criteriosa:
 - Hidroclorotiazida → 1 a 4mg/kg/dia ou
 - Furosemida → 1 a 4mg/kg/dia ou
 - Espironolactona → 1 a 2mg/kg/dia ou
 - Associação de Hidroclorotiazida ou Furosemida com Espironolactona nas situações graves ou refractárias.

- Albumina 20% → 0,5 a 1 g/kg ev durante 2h, seguida de Furosemida 1 a 2mg/kg (nos casos de hipoalbuminemia intensa). Pode ser repetido uma ou duas vezes se necessário.
- Suplemento de Ca⁺ e Vit D em doses profiláticas
- Corticoterapia
 - Prednisolona → 2mg/kg/dia, dose única de manhã, durante 4 a 6 semanas

Se não houver resposta:

- Metilprednisolona em bolus 30 mg/kg em dias alternados, até 3 bolus

Se proteinúria negativa – corticosensível:

- 1,5mg/kg/dia, em dias alternados, durante 4 a 6 semanas.
- Reduzir 0,5mg/kg/semana de prednisona, até a suspensão desta.

Se proteinúria positiva, depois de 8 semanas de corticoterapia – corticoresistente.

Quando o edema é discreto a moderado, pode ser tratado em regime ambulatorial.

O síndrome nefrótico secundário, deve ser tratado de acordo com as causas.

Cenários após a suspensão do tratamento

- **Remissão total** – Em 80 a 90%, nas lesões mínimas
- **Recidiva** – proteinúria (albustix) +++ ≥ 3 dias consecutivos. Se acontece até um mês após a suspensão da prednisolona – **corticodependente**
- **Recidivas múltiplas** ≥ 2 em 6 meses ou ≥ 4 em 12 meses

Tratamento das Recaídas:

Prednisolona → 60mg/m²/dia, até ausência de proteinúria por 3 dias consecutivos; e

40mg/m² em dias alternados, durante 4 semanas.

Depois desmame lento

Os casos corticoresistentes e cortidependentes devem fazer tratamento com **Ciclofosfamida** 2 a 3mg/kg/dia, em média durante 2 meses e nunca superior a 6 meses.

A biópsia renal está indicada, à partida, no síndrome nefrótico não puro, isto é, com hematúria e/ou hipertensão e nos casos resistentes ao tratamento com corticóide ou ciclofosfamida, altura em que o doente deverá ser encaminhado para o Nefrologista.

CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREOIDE

Portaria SAS/MS nº 7, de 03 de janeiro de 2014.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Para a elaboração deste Protocolo foram realizadas buscas, em 08/02/2013, nas bases de dados Medline/Pubmed, Embase e sistema Cochrane, sem restrição de data de publicação.

Na base Medline/Pubmed foram utilizados os unitermos thyroid cancer, radioiodine therapy in thyroid cancer, EBRT in thyroid cancer, ultrasound in thyroid nodule. A busca foi limitada a humanos e artigos na língua inglesa. Não houve restrição de data. Esta busca resultou em 350 artigos que foram revisados.

Os mesmos unitermos foram utilizados para pesquisa na base de dados Embase e não foram encontrados artigos adicionais com esta estratégia. Foi também acessada a base de dados da Cochrane, na qual não foi encontrada nenhuma revisão sistemática.

Foram excluídos estudos similares, com delineamento inadequado do desfecho analisado ou com tempo de seguimento curto e relatos de casos.

Além disso, foram consultados livros-texto de endocrinologia, diversos artigos publicados em revistas indexadas, consensos e guidelines nacionais e internacionais.

No total, 102 referências foram utilizadas e acrescidas duas publicações, uma sobre a incidência do câncer no Brasil e a outra, sobre a classificação de tumores malignos, todas devidamente referidas neste Protocolo.

2 INTRODUÇÃO

O Carcinoma Diferenciado da Tireoide (CDT) é a neoplasia maligna endócrina de maior prevalência no mundo (1). Entende-se como CDT, o tumor maligno da tireoide de origem epitelial, sendo o carcinoma papilífero o principal representante desta categoria. Além do carcinoma papilífero, incluem-se dentro do grupo de CDT o carcinoma folicular e o carcinoma de células de Hürthle.

Estudos epidemiológicos recentes mostram um aumento progressivo na incidência de CDT em diferentes regiões do mundo ao longo das últimas décadas (2,3,4). Este aumento é observado tanto em homens quanto em mulheres e envolve casos de diferentes tamanhos de tumores. Segundo Brito e cols., a incidência de casos no Brasil é de 1,16 e 5,27 por 100.000 habitantes na população masculina e feminina, respectivamente (5). Estimativa recente da incidência do câncer, feita pelo INCA, prevê um total de 10.590 novos casos para 2012, também válido para 2013, representando o câncer da tireoide, excluindo-se o câncer não melanótico de pele, a terceira à sexta neoplasia maligna mais frequente entre a população feminina brasileira, dependendo da região geográfica considerada (6).

Segundo consensos de especialistas da Associação Americana de Tireoide (ATA), da Associação Europeia de Tireoide (ETA) e do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, o tratamento inicial do CDT consiste de ressecção da tireoide (tireoidectomia), seguida de tratamento complementar com iodo radioativo (radioiodoterapia - RIT) em casos selecionados (7,8,9).

Consultores: Rossana Corbo Ramalho de Mello e Maria Cristina Ferreira Drummond

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

A radioterapia externa e a quimioterapia têm papel restrito no tratamento do CDT e serão comentadas especificamente.

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C73 – Neoplasia maligna da glândula tireoide

4 DIAGNÓSTICO

O câncer da tireoide apresenta-se comumente como nódulo detectado pela palpação ou detectado pela ultrassonografia cervical. Embora os nódulos tireoidianos sejam comuns, com prevalência entre 4% a 50%, dependendo dos procedimentos diagnósticos utilizados e da idade das pessoas, o câncer da tireoide é raro (10). Os nódulos impalpáveis ao exame físico e diagnosticados por meio da ultrassonografia ou outro método de imagem são denominados de "incidentalomas". Os nódulos impalpáveis têm a mesma chance de malignidade do que nódulos palpáveis do mesmo tamanho (11). Em geral, somente nódulos com 1 cm ou mais de diâmetro devem ser investigados, pois têm maior potencial de albergar uma neoplasia maligna. No entanto, indivíduos com nódulos de dimensões inferiores com características suspeitas à ultrassonografia, tais como, a presença de linfonodomegalia cervical, história de irradiação da cabeça e pescoço ou história de câncer em parentes de primeiro grau devem ser submetidos à propedêutica (7, 12). É fundamental um exame físico cuidadoso com palpação da região cervical, caracterização do nódulo quanto à consistência, fixação a outras estruturas cervicais e avaliação da presença de disfonias secundária à paralisia de corda vocal (13, 14). O objetivo da avaliação do nódulo tireoidiano é estabelecer o risco de câncer por meio de métodos que sejam acurados, precisos, além de seguros e custo-efetivos (12).

O paciente com diagnóstico de doença nodular tireoidiana deve ter a dosagem de hormônio tireotrófico (TSH), com o objetivo de avaliar a função tireoidiana. Na presença de níveis inferiores aos valores considerados normais, recomenda-se a realização de captação e cintilografia com radioisótopo para investigar a possibilidade de hiperfunção tireoidiana. A incidência de neoplasia maligna neste tipo de nódulo é rara, não havendo indicação de realização de punção guiada pela ultrassonografia (12).

Os níveis de TSH têm sido relacionados ao risco de câncer da tireoide em pacientes com doença nodular. Boelaert e cols. (15), em um estudo prospectivo no Reino Unido, no qual foram avaliados 1.500 pacientes, concluíram que o nível de TSH em pacientes com doença nodular tireoidiana, mesmo nos limites da normalidade, constituiu-se em fator preditivo independente da presença de malignidade tireoidiana. O mesmo estudo concluiu que o gênero, idade e tipo de bócio ao diagnóstico são também fatores preditores independentes para neoplasia maligna.

Inexistem evidências que apoiem a recomendação da dosagem rotineira de tireoglobulina na avaliação pré-operatória dos pacientes com doença nodular tireoidiana. Quanto à calcitonina, embora recomendados por alguns autores, com o objetivo de diagnosticar o câncer medular da tireoide em estágios iniciais, ainda é objeto de debate na literatura no que tange ao custo-efetividade (7, 9).

A ultrassonografia é uma técnica disseminada e, na atualidade, o exame de primeira linha para detectar e caracterizar a doença nodular tireoidiana, devendo ser realizada em todos os pacientes com diagnóstico ou suspeita de doença nodular. Algumas características ultrassonográficas são associadas com malignidade: hipocogenicidade, microcalcificações, ausência de halo periférico, bordas irregulares, aspecto sólido, fluxo intranodular e a forma (altura

maior que a profundidade nos eixos longitudinal e transversal, respectivamente). Com exceção da linfonodomegalia cervical suspeita, nenhum achado à ultrassonografia isolado ou em combinação é suficientemente sensível ou específico na identificação de nódulos malignos. Cada uma destas características isoladamente tem baixo valor preditivo positivo (7,11).

Na avaliação de um nódulo tireoidiano, os seguintes elementos deverão constar na descrição do laudo ultrassonográfico:

- » volume da glândula, ecogenicidade e vascularidade;
- » número de nódulos e com as seguintes descrições para cada um deles: dimensões, forma, ecogenicidade, presença e quantificação do conteúdo líquido, características das bordas, presença de halo periférico, ocorrência de calcificações e suas características, padrão vascular ao doppler (periférico ou central) e presença e caracterização de linfonodomegalia(s) (16).

Moon and cols. demonstraram em estudo retrospectivo que a presença de pelo menos um achado sugestivo de malignidade à ultrassonografia teve sensibilidade de 83,3%, especificidade de 74% e acurácia diagnóstica de 78,0%, sendo que esta última foi dependente do tamanho do nódulo (17).

Em relação às dimensões dos nódulos, um estudo retrospectivo publicado em 2013, envolvendo 4.955 pacientes e 7.000 nódulos tireoidianos puncionados, analisou a relação entre o tamanho do nódulo à ultrassonografia e o risco de malignidade, por meio dos resultados da citologia e da cirurgia. O tamanho do nódulo relacionou-se com o risco absoluto de malignidade em um modelo não linear para diâmetros até 2,0 cm, o que não foi demonstrado para nódulos com diâmetros maiores. No entanto, a ocorrência dos tipos histológicos raros e do carcinoma folicular aumentou proporcionalmente com as dimensões dos nódulos (diâmetro igual ou maior do que 4,0 cm), sendo que a ocorrência da histologia papilífera prevaleceu nos menores (18).

Há grande discussão na literatura sobre a relação entre tireoidite de Hashimoto e carcinoma da tireoide, com diferentes prevalências entre estudos populacionais. Esta discordância se deve às diferentes metodologias de avaliação adotadas, pois aquelas que utilizaram a citologia obtida por meio de punção por agulha fina não comprovam esta associação. No entanto, as baseadas nos resultados histológicos das tireoidectomias sugerem uma relação entre as duas condições, provavelmente devido a viés de seleção (19).

Outra controvérsia relaciona-se à prevalência de malignidade e a conduta nos pacientes com múltiplos nódulos tireoidianos. Frates e cols., por meio de estudo de coorte prospectivo de 1.985 pacientes e 3.483 punções dirigidas pela ultrassonografia de nódulos com diâmetros acima de 10 mm, concluíram que a probabilidade de câncer da tireoide não difere entre pacientes com nódulos únicos daqueles que apresentam nódulos múltiplos. (20) A chance de malignidade foi independente do número de nódulos. Para uma exclusão segura de malignidade em uma glândula com múltiplos nódulos com 10 mm ou mais de diâmetro, os autores não recomendam a punção de um único nódulo. (20) Segundo a orientação da ATA, em seu último guideline, na presença de dois ou mais nódulos com mais de 10 mm devem ser puncionados preferencialmente aqueles que apresentam características ultrassonográficas suspeitas (7).

A biópsia por agulha fina (PAAF) guiada pela ultrassonografia é um importante meio diagnóstico dos nódulos tireoidianos, sendo um método sensível no diagnóstico diferencial entre lesões malignas e benignas. É o procedimento de escolha na avaliação dos nódulos tireoidianos (7,9). Trata-se de um método efetivo na identificação de pacientes candidatos à cirurgia com suspeita de presença de malignidade. A PAAF mostrou-se igualmente factível e com acurácia semelhante independente das dimensões dos nódulos, incluindo a proporção de aspirados não diagnósticos, que não diferiu nos nódulos com diâmetros maiores (18).

No estudo retrospectivo de Boelaert e cols., a PAAF demonstrou uma sensibilidade de 88% e especificidade de 82% e apenas 1% de resultados falsos negativos no diagnóstico de doença maligna e maior chance de doença maligna no nódulo isolado (15).

Uma coorte retrospectiva da Clínica Mayo avaliou o valor preditivo da PAAF nos pacientes com citologia suspeita ou indeterminada submetidos à cirurgia, e a conclusão foi que tanto nódulos isolados ou múltiplos estão associados ao aumento do risco de malignidade. Confirmou que a PAAF é uma ferramenta efetiva para definir os candidatos à cirurgia neste grupo de pacientes, com valor preditivo positivo de 76% (21).



Gharib e cols. em revisão da literatura sobre os resultados da PAAF encontraram uma sensibilidade média de 83%, especificidade de 92%, 5% de falsos positivos e 5% de falsos negativos (22).

Com o objetivo de padronizar a terminologia dos laudos citológicos das punções da tireoide, tem sido adotado nos EUA desde 2007, e também no Brasil, o denominado Sistema de Bethesda para os laudos de citopatologia da tireoide. Esta medida foi de grande importância, pois facilitou a comunicação entre os citopatologistas, endocrinologistas e outros profissionais da saúde. Além disso, tem permitido pesquisas na área de epidemiologia, patologia, diagnóstico e tratamento das doenças tireoidianas, especialmente as neoplasias. São seis categorias gerais, e para cada uma delas há uma estimativa do risco de malignidade, conforme demonstrado no Quadro 1 (23). Não serão discutidas neste Protocolo as características de cada categoria diagnóstica e as condutas a serem adotadas em cada uma delas. Vale ressaltar, no entanto, que a tireoidectomia total está indicada nos pacientes categorizados como "suspeita de malignidade" e "malignos", e cirurgias menos extensas, como a lobectomia, são preconizadas para pacientes com exames citológicos classificados na categoria "suspeita de neoplasia folicular". Nesta categoria, têm sido utilizados marcadores moleculares (BRAF, RAS, RET/PTC e outros) para auxiliar na definição diagnóstica. No Brasil, esta conduta está restrita a alguns centros de pesquisas (7,12).

Bongiovanni e cols. em meta-análise publicada em 2012 avaliaram o impacto desta nova classificação na conduta frente aos indivíduos com nódulos, a variabilidade das categorias entre as instituições e a variação do percentual de malignidade em cada uma delas. A conclusão foi de que o Sistema Bethesda tem alta sensibilidade e alto valor preditivo negativo, comprovando seu valor na conduta clínica destes pacientes. (24)

Quadro 1 - Sistema Bethesda: correlação do resultado citopatológico e o risco de malignidade em tireoide.

CATEGORIA DIAGNÓSTICA	RISCO DE MALIGNIDADE (%)
Não diagnóstica ou insatisfatória	1-4
Benigna	0-3
Atipia de significado indeterminado ou lesão folicular de significado indeterminado	5-15
Neoplasia folicular ou suspeita de neoplasia folicular	15-30
Suspeita de malignidade	60-75
Maligna	97-99

Modificado de Cibas ES, Af 9 Z, 2009. (23)

A ULTRASSONOGRAFIA COMO MÉTODO DE AVALIAÇÃO

O nódulo de tireoide é um achado frequente na população. São clinicamente evidentes em cerca de 4% a 7% das mulheres e 1% dos homens adultos. Grande parte destes nódulos é de natureza benigna, porém malignidade pode ser encontrada em cerca de 10% nos adultos e em até 26% nas crianças. (7,25,26)

A ultrassonografia é o método de escolha para a avaliação dos nódulos tireoideanos. Possui sensibilidade de quase 100%, sendo superior aos outros métodos de imagem. Apresenta custo relativamente baixo, é de fácil execução, não necessita preparo para o exame e não apresenta riscos para o indivíduo. Permite diferenciar nódulos sólidos, nos quais a incidência de malignidade é maior do que nos nódulos císticos e mistos, nos quais prevalece a benignidade. Quando associado ao uso do doppler, observa-se que determinados padrões de vascularização, como, por exemplo, predomínio vascular na periferia do nódulo, sugerem benignidade. Por outro lado, os carcinomas diferenciados se apresentam com vascularização periférica e central, em geral com predomínio desta última. As informações obtidas pelo exame ultrassonográfico podem conduzir à suspeita

de malignidade e devem constar em todo laudo de ultrassonografia na avaliação de um nódulo tireoideano. A presença de nódulo tireoideano impalpável em indivíduos de alto risco, cuja tireoide foi previamente irradiada (radioterapia externa da região cervical por outras causas, como linfoma e tumor de laringe) ou com exposição a acidentes radiológicos ou radioativos, cursa com maior risco de malignidade. Nos indivíduos que receberam radioterapia externa em cabeça e pescoço, sugere-se que seja realizada ultrassonografia anual até 5 anos após o término da radioterapia. (7,8,27,28)

Características do nódulo: tamanho, multinodularidade e vascularização:

Nódulos únicos com contornos irregulares, nódulo dominante em bócios multinodulares, nódulos com tamanho maior que 4 cm, vascularização intranodular e relação entre a medida transversa do nódulo e a longitudinal maior que 1 cm sugerem tratar-se de nódulo suspeito, com grande chance de malignidade (7,8,28,29).

Ecogenicidade:

A baixa ecogenicidade (nódulo sólido hipoecóico) é uma característica relevante, com valor preditivo positivo para malignidade que pode variar de 50% a 63%. Os isoecóicos podem ser malignos em 7% a 25% dos casos, e a malignidade está presente em apenas 4% dos casos de nódulos hiperecóicos. Os carcinomas diferenciados de tireoide totalmente sólidos podem ser malignos em até 95% dos casos (25,30-32).

Presença de halo:

Um halo bem definido e completo sugere benignidade. Quando ele é irregular e parcial, a possibilidade de malignidade deve ser considerada (27,31).

Calcificações:

As calcificações no nódulo tireoideano podem ser observadas tanto em nódulos benignos quanto malignos. As macrocalcificações, especialmente na periferia do nódulo (sinal da casca do ovo), são características de benignidade. Já as microcalcificações encontradas no carcinoma papilífero de tireoide representam os corpos psamomatosos formados pela calcificação de trombos intratumorais ou infarto das extremidades de papilas malignas. A presença de microcalcificações tem alto valor preditivo positivo para malignidade. (27,31)

Presença e aspecto dos linfonodos cervicais:

Os linfonodos cervicais aumentados são achados frequentes, muitas vezes decorrentes de infecções crônicas do trato respiratório superior. Nos tumores diferenciados da tireoide, em especial o carcinoma papilífero, cuja disseminação é por via linfática, a presença de linfonodos aumentados pode indicar acometimento metastático. O estudo ultrassonográfico da região cervical é útil na avaliação de linfonodo suspeito de malignidade: confirma o diagnóstico, quando associado à punção aspirativa e dosagem de tireoglobulina no aspirado; e é importante no seguimento e avaliação da resposta terapêutica. (33)

As diferenças observadas à ultrassonografia entre linfonodos reacionais e os suspeitos de malignidade já estão bem esclarecidas (34,35): Linfonodos ovalados ou alongados (razão eixo curto/eixo longo menor do que 0,5 ou 0,7), apresentando hilo hiperecogênico central, de ecotextura hipoecogênica uniforme e localizados no 1/3 superior do pescoço (regiões submentoniana, submandibular e jugular superior) são compatíveis com linfonodos reacionais. Os linfonodos arredondados (razão eixo curto/eixo longo maior do que 0,5 ou 0,7), com estrutura heterogênea, hipoecóico com perda do hilo, localizados no 1/3 inferior do pescoço (níveis IV, V e VI) são fortemente suspeitos de metástases de carcinoma diferenciado. Calcificações finas podem ser encontradas em metástases de carcinoma papilífero em 50%–69% dos casos. (7,36)

5 ESTADIAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação da extensão neoplásica pelo sistema TNM tem como objetivo o prognóstico do CDT (37). Nesta classificação, os pacientes são divididos de acordo com faixa etária: acima ou abaixo de 45 anos. Os quadros 2 e 3 descrevem os critérios desse estadiamento.

Quadro 2 – Critérios de estadiamento – TNM

CATEGORIA TNM	CRITÉRIOS
Tx	O tumor primário não pode ser avaliado.
T0	Não há evidência de tumor primário.
T1a	Tumor com diâmetro de 1 cm ou menos em sua maior dimensão e limitado à tireoide.
T1b	Tumor com diâmetro de mais de 1 cm e com até 2 cm em sua maior dimensão e limitado à tireoide.
T2	Tumor com diâmetro mais de 2 cm e até 4 cm em sua maior dimensão e limitado à tireoide.
T3	Tumor com mais de 4 cm restrito à tireoide ou qualquer tumor com mínima extensão extratireoidiana.
T4a	Tumor de qualquer tamanho que se estende além da cápsula tireoidiana e invade tecidos moles subcutâneos, laringe, traqueia, esôfago ou nervo laringeo recorrente.
T4b	Tumor com invasão de fascia pré-vertebral ou vasos mediastinais ou envolve a artéria carótida.
Nx	Linfonodos regionais não podem ser avaliados.
N0	Ausência de metástases em linfonodos regionais.
N1a	Metástases linfáticas em nível VI (compartimento central).
N1b	Metástases em outros linfonodos cervicais unilaterais, bilaterais ou contralaterais (níveis I, II, III, IV ou V) ou em linfonodo retrofaringeo ou mediastinal superior.
M0	Ausência de metástase(s) à distância.
M1	Presença de metástase(s) à distância.

Adaptado de UICC. TNM – Classificação de Tumores Malignos (37).

Quadro 3 – Estágios tumorais segundo a Classificação TNM

ESTÁGIO	IDADE ABAIXO DE 45 ANOS	IDADE ACIMA DE 45 ANOS
I	Qualquer T, qualquer N, M0.	T1a, T1b, N0, M0.
II	Qualquer T, qualquer N, M1.	T2, N0, M0.
III		T3, N0, M0.
IVA		T1, T2, T3, N1a, M0.
IVB		T1, T2, T3, N1b, M0.
IVC		T4a, N0, N1, M0.
		T4b, qualquer N, M0.
		Qualquer T, qualquer N, M1.

Adaptado de UICC. TNM – Classificação de Tumores Malignos (37).

O CDT tem excelente prognóstico, mesmo em casos de doença metastática. A taxa média de sobrevida em 10 anos de pacientes com carcinoma papilífero ultrapassa 95% nos casos de doença restrita à tireoide (38). Em pacientes com doença metastática, esta sobrevida é reduzida de maneira significativa (70% e 84% em 10 e 15 anos, respectivamente); entretanto este aumento da taxa de mortalidade é mais lento do que o observado em outras neoplasias malignas (39). Em cerca de 40% dos casos de CDT já se observam metástases linfáticas ao diagnóstico (40). Este fato proporciona consequências como altas taxas de recidiva locoregional, aumento da incidência de retratamento, alta morbidade, potencial redução da qualidade de vida (41) e possível redução na sobrevida (42).

Recentemente, o papel da resposta ao tratamento inicial tem sido alvo de discussão. Estudos retrospectivos mostram que o tratamento inicial do CDT possui forte correlação com o risco de recidiva em longo prazo (43), reiterando a ideia de que um tratamento inicial adequado é capaz de reduzir a morbi-mortalidade de maneira significativa. Dessa forma, com o objetivo de prever o risco de recidiva, existe recente proposta para o reestadiamento dos pacientes após tratamento inicial definido, classificando-os de acordo com a resposta ao mesmo (43). Uma crítica a esse modelo é o fato da necessidade de radiocablação em todos os pacientes para se alcançar esta resposta.

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO:

Em relação ao estadiamento do CDT, os pacientes podem ser estratificados de acordo com os potenciais de riscos de recidiva e de mortalidade relacionada ao tumor. Os critérios disponíveis se baseiam em dados posteriores ao tratamento inicial. Com o objetivo de prever o risco de recidiva tumoral, a ATA propõe que os pacientes sejam classificados como sendo de baixo, intermediário e alto risco (7).

Os pacientes são considerados de baixo risco quando não apresentam doença metastática, tiveram toda doença macroscópica removida, não apresentavam evidência de invasão tumoral local de tecidos ou estruturas adjacentes, não possuem tumores de variantes histológicas sabidamente agressivas e não apresentaram captação de radioiodo em local que não o leito cirúrgico em cintilografia de corpo inteiro (PCI) realizada após a radioiodoterapia inicial.

São classificados como de risco intermediário aqueles pacientes que tenham quaisquer das seguintes características: invasão microscópica de estruturas adjacentes, presença de variantes histológicas agressivas ou com invasão vascular, presença de metástase(s) linfática(s) ou que cursaram com captação extraleito tireoidiano de radioiodo na PCI após dose ablativa.

Por fim aqueles indivíduos nos quais há presença de doença residual local macroscópica após o tratamento cirúrgico, tumor com invasão local grosseira evidente ou doença metastática à distância são descritos como de alto risco (7).

De forma semelhante o consenso da ETA estratifica os pacientes como de muito baixo risco, baixo risco e risco elevado (9) com o objetivo de definir critérios quanto ao benefício de tratamento complementar com radioiodo.

6 TRATAMENTO

A modalidade terapêutica dos tumores malignos da glândula tireoide varia com o tipo histológico e o estadiamento. No caso do CDT, deve-se também levar em consideração a análise dos fatores de risco.

6.1 CIRURGIA

A extensão da cirurgia nos tumores malignos da tireoide, em especial o carcinoma papilífero, sempre foi motivo de debate (44). A opção cirúrgica deve levar em conta não somente a remoção do tumor primário e de suas metástases locoregionais, como também reduzir a morbidade do procedimento. De acordo com as tendências atuais e os consensos citados anteriormente, as condutas cirúrgicas também baseiam-se nos fatores prognósticos de mortalidade e recorrência.

A base teórica que apoia as intervenções cirúrgicas mais extensas fundamenta-se no fato de que os tumores papilíferos são comumente multifocais e bilaterais, além de permitirem a ablação com iodo radioativo e o monitoramento por meio da dosagem de tireoglobulina. A tireoidectomia total e lobectomia, quando realizadas por cirurgiões experientes, não mostram diferenças comparativas em relação à morbidade. Porém, Ellimoria and cols avaliaram os dados de 52.173 pacientes com o diagnóstico de carcinoma papilífero da tireoide operados nos EUA no período de 1985-1998, concluindo que a tireoidectomia total, quando comparada com a lobectomia, foi associada com diminuição do risco de mortalidade e da recorrência tumoral para tumores de todas as dimensões, exceto para lesões menores que 1 cm de diâmetro. (45)

Segundo a ATA, a tireoidectomia total está indicada, devido ao aumento de risco de malignidade, em pacientes com citologia indeterminada em tumores maiores que 4cm, quando existe alto grau de atipia celular ou quando a biópsia é suspeita de carcinoma papilífero da tireoide (em qualquer tamanho de nódulo). Uma cirurgia mais ampla também estaria indicada em pacientes com história familiar de câncer da tireoide e naqueles expostos previamente a radiação ionizante. (7)

Nos pacientes com diagnóstico de carcinoma maiores que 1 cm, o tratamento inicial é a tireoidectomia total, a não ser que haja alguma contraindicação para o procedimento. A lobectomia poderia ser realizada em pacientes com tumores menores que 1 cm (T1a), unifocais, totalmente intratireoidianos, papilíferos clássicos, sem história familiar ou de irradiação prévia, sem metástase (46).



Segundo a experiência do *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*, a lobectomia é aceitável também em pacientes com tumor menor que 4 cm (T1,T2), totalmente incluído no tecido tireoideano, sem metástases linfonodais e sem doença contralateral confirmada por ultrassonografia (43).

Em determinadas situações pode ser necessária a complementação da tireoidectomia, especialmente quando não há o diagnóstico pré-operatório de câncer. Muitos tumores são multifocais, e a incidência de novos focos no lobo contralateral é elevada, segundo alguns estudos. Por outro lado, há pacientes em que o estadiamento pós-operatório os inclui nos tumores de risco e, portanto, candidatos ao tratamento com iodo radioativo, para a qual a tireoidectomia total é pré-requisito. (47,48,49,50)

A presença de linfonodos cervicais acometidos no carcinoma papilífero da tireoide é freqüente, variando entre 20% a 50% dos casos e pode estar presente mesmo nos tumores menores que 1 cm. (40,51,52)

Em revisão publicada por Mazzaferri (53), as metástases linfonodais foram encontradas em 36% de 8.029 adultos com carcinoma papilífero, 17% dos tumores foliculares e em mais de 80% das crianças. Ainda há controvérsia sobre o valor prognóstico da presença de metástases, mas publicações recentes têm apontado para uma associação com maiores taxas de recorrência e menor sobrevida (54).

As metástases do compartimento central nem sempre são detectadas pelos métodos de imagem, e em tumores classificados como T1 e T2 a freqüência de metástases nesta região chega a 30% (55).

Embora a presença de linfonodos não seja muito valorizada nos pacientes de baixo risco, alguns autores chamam a atenção para o fato de que em pessoas mais velhas (acima de 45 anos) pode haver maior risco de recorrência, especialmente naquelas com múltiplas metástases ou extravasamento da cápsula do linfonodo (56,57).

Em muitos pacientes, as metástases linfonodais somente são observadas durante o ato cirúrgico. As metástases do compartimento central não são detectadas no pré-operatório pelos métodos habituais utilizados e mesmo pela palpação durante o ato operatório. Existem controvérsias quanto à indicação da abordagem do compartimento central, isto é, se este deve sempre ser abordado profilaticamente ou apenas quando existem evidências de acometimento linfonodal (55,58).

A dissecação de linfonodos centrais refere-se à excisão sistemática dos linfonodos pré-laríngeos, peritraqueais e paratraqueais que estão no nível VI do pescoço, podendo ser unilateral ou bilateral. Na cirurgia profilática ou eletiva, esta conduta é realizada na ausência de anormalidades linfonodais detectadas por meio do exame clínico ou de imagem (44).

Para pacientes com tumores pequenos, não invasivos, aparentemente sem metástases ganglionares, a dissecação profilática do compartimento central (níveis VI e VII) traria maior morbidade à cirurgia, quando realizada por profissionais menos experientes. O esvaziamento linfático dos compartimentos laterais (níveis II, III, IV e V) nos pacientes com metástases linfáticas evidentes, reduz o risco de recorrência e possível mortalidade (59).

Os dados atuais são insuficientes quanto à comprovação de benefício da dissecação profilática do nível central em diminuir a persistência ou recorrência da neoplasia, devido às limitações dos estudos existentes e os resultados conflitantes. A orientação da ATA é de que este procedimento deverá ser realizado nos pacientes previamente diagnosticados com metástases linfonodais, naqueles com tumores classificados como T3 ou T4. Para pacientes com tumores menores, não invasivos e aparentemente sem linfonodos acometidos, o risco-benefício deverá ser considerado individualmente (7,44).

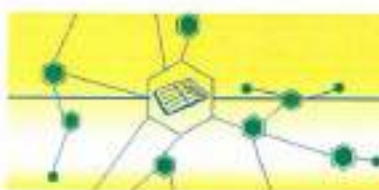
6.2 RADIOIODOTERAPIA (RIT)

A radioiodoterapia tem duas finalidades (60):

- » radioablação: utilizada após a tireoidectomia total, com o objetivo de destruir tecido tireoideano remanescente, em geral tecido normal, e facilitar o acompanhamento com a dosagem de tireoglobulina sérica. Em geral são utilizadas atividades de 1.100 a 3.700 MBq (30 a 100 mCi); e
- » terapêutica: além de buscar destruir tecido remanescente, elimina micrometástases locoregionais e metástases à distância. Em geral são utilizadas atividades acima de 3.700 MBq (100 mCi).

AVALIAÇÃO INICIAL E INDICAÇÕES

O paciente candidato à RIT deverá ser avaliado pelo médico assistente sob o ponto de vista de sua condição clínica atual e indicação do tratamento. É fundamental que sejam apresentadas informações referentes ao tratamento



cirúrgico; extensão da cirurgia, complicações, presença de doença residual ou metastática conhecida e a dose iodo radioativo indicada. O laudo com o diagnóstico histopatológico deverá estar disponível, assim como as lâminas e blocos, caso haja necessidade de se proceder à revisão de lâminas ou exames complementares, como de imunohistoquímica ou outros marcadores tumorais.

À anamnese e ao exame físico, devem ser avaliados os seguintes aspectos: data do diagnóstico, apresentação inicial da doença, extensão do tumor, ausência ou presença de metástases, resultados de exames pré-operatórios, resultados de exames citológicos e histopatológicos, tipo de cirurgia realizada, complicações pós-operatórias, uso de levotiroxina e outros tratamentos realizados (cirurgias prévias, radiiodoterapia, radioterapia externa e outros). Na individualização do risco, é importante investigar sobre a história familiar de neoplasias malignas da tireóide, exposição prévia à radiação ionizante, uso de medicamentos e demais fatores que possam interferir no êxito da RIT, como ingestão de medicamentos ricos em iodo, exposição recente a contraste iodado e presença de doença hipotálamo-hipofisária.

É importante avaliar a indicação de RIT de acordo com critérios de risco de recidiva e mortalidade pelo CDT (7,9).

Os pacientes considerados como de muito baixo risco pela ETA (ou de baixo risco pela ATA) possivelmente não serão beneficiados com o tratamento com iodo radioativo, devendo manter-se apenas sob controle clínico e seguimento (descrito adiante).

Pacientes considerados de alto risco são sabidamente favorecidos com a RIT. Dessa forma, devem ser encaminhados para dose terapêutica aqueles com doença residual local ou com metástase(s) à distância iodocaptante(s).

O benefício da RIT sobre as recidiva e mortalidade em pacientes considerados como de baixo risco pela ETA (risco intermediário pela ATA) é questionável, não havendo consenso sobre a indicação de tratamento nesta população (9). No entanto, não se questiona que a ablação de tecidos remanescentes nestes indivíduos facilita a avaliação da extensão da doença e seguimento clínico (61). Portanto, na falta de dados na literatura que subsidiem a indicação precisa de RIT, em pacientes com tumores restritos à glândula tireoidiana ou com mínima invasão capsular, de tamanho inferior a 4 cm e com presença ou sem metástase(s) linfática(s) apenas em compartimento central (nível VI), a indicação de radiiodoterapia deve ser avaliada segundo critérios particulares de cada paciente. O objetivo principal da RIT é a redução do risco de desfechos desfavoráveis relacionados ao tumor e não apenas facilitar o seguimento. Esta recomendação se justifica também no objetivo de se evitar complicações precoces e tardias relacionadas à exposição ao radioiodo (62,63).

Após a confirmação da indicação do tratamento com radioiodo, os pacientes devem ser encaminhados a Serviço de Medicina Nuclear. Com o objetivo de estimar o volume de tecido remanescente ou de doença metastática, assim como a sua avidéz por iodo, poderão ser solicitados exames de captação cervical e pesquisa de corpo inteiro (PCI) com baixas doses de radioiodo. Uma vez que o potencial de metástase(s) à distância é baixo em pacientes considerados de risco baixo/intermediário, a PCI pré-tratamento pode ser prescindida na maioria dos pacientes, sem impacto significativo na mudança do planejamento terapêutico. Tal medida visa também a evitar potencial prejuízo ao tratamento por efeito *stunning* (64). Também deverão ser solicitados para avaliação pré-tratamento: dosagens séricas de tireoglobulina estimulada (vide a seguir, em "Preparo para a RIT") e de anticorpos antitireoglobulina, hemograma, cálcio e fósforo.

Exames direcionados à avaliação de doença metastática previamente conhecida ou recém-diagnosticada pelos exames iniciais podem ser solicitados (cintilografia óssea, radiografia simples, tomografia computadorizada ou ressonância magnética), uma vez que a ressecção cirúrgica das metástases deve ser preferida ao tratamento com radioiodo, sempre que possível (65,66). Demais exames complementares que possam contribuir na avaliação de comorbidades que interfiram direta ou indiretamente com a RIT devem ser solicitados, como espirometria em pacientes com metástases pulmonares difusas e avaliação de função renal em pacientes com insuficiência renal crônica.

Em casos em que há indícios clínicos, laboratoriais, ou em exames de imagem de tecido remanescente ou de doença residual local de volume considerável, a realização de ultrassonografia da região cervical com *dopplerfluxometria* pode ser útil na sua quantificação. Nestes casos deve-se avaliar a possibilidade de ressecção cirúrgica deste tecido, uma vez que a eficácia de ablação é reduzida (67).

PREPARO PARA A RADIOIODOTERAPIA

O preparo para a terapia com radioiodo tem como objetivo aumentar a eficácia do tratamento. A principal medida relacionada à eficácia é a elevação dos níveis de TSH. A elevação deste hormônio estimulante pode ser obtida pela interrupção do uso de levotiroxina, induzindo hipotireoidismo endógeno (causando elevação fisiológica do TSH), ou pela administração exógena de TSH recombinante humano (TSHrh).

Estudos em pacientes considerados de baixo/intermediário risco mostram que ambas as alternativas possuem valores semelhantes de eficácia na ablação de tecidos remanescentes (68). Outro ponto importante, é que não houve impacto negativo do uso de TSHrh nas taxas de recidiva de doença em pacientes cuja ablação foi realizada com TSHrh (69).

O uso de TSHrh tem sido utilizado para a ablação de tecido remanescente tireoidiano em pacientes de baixo/intermediário risco no Brasil, EUA, Europa e outros países (70-76), porém a evidência é escassa. Assim, o emprego de TSHrh na RIT de pacientes com doença metastática não foi regulamentado no SUS.

Outra questão a ser considerada no preparo para a radioiodoterapia deve ser relativamente a dieta pobre em iodo, cuja ingestão diária deverá estar abaixo de 50 mcg/dia. Inexiste consenso sobre o tempo necessário de dieta. Dessa forma, os pacientes devem ser recomendados a mantê-la por um período de pelo menos duas semanas antes da RIT, período este que pode sofrer variação de acordo com a região geográfica analisada (maior ou menor aporte regular de iodo na dieta e no ambiente). Essa medida tem como objetivo aumentar a avidéz pelo iodo do tecido a ser tratado e deverá ser instituída independente do tipo de preparo, seja pela suspensão da tiroxina ou pelo uso do TSH recombinante. (77-80)

Os pacientes devem também ser orientados a evitar riscos de contaminação por outras fontes externas de iodo não radioativo, também aquele encontrado em tinturas, esmaltes e produtos cosméticos específicos.

Por fim, os pacientes com indicação de RIT devem ser orientados a manter de forma regular tratamentos de possíveis comorbidades durante todo o período de pré e per tratamento com radioiodo.

ATIVIDADE DE RADIAÇÃO ADMINISTRADA

A atividade a ser administrada de radioiodo em pacientes com CDT varia de acordo com o objetivo do tratamento. É importante salientar que a terapia deve ser a mais eficaz possível com o menor risco de exposição à radiação necessária.

Nos pacientes de baixo risco que sejam considerados como tendo benefício clínico com a RIT, o objetivo do tratamento é promover a ablação de tecido remanescente. Esta ablação pode ser definida como a ausência de captação de radioiodo em leito tireoidiano em estudo cintilográfico, ou a ausência de níveis séricos detectáveis de tireoglobulina estimulada (7).

Apesar de tendências no passado de se prescrever atividades mais elevadas para radioablação (7,9,64,68), estudos recentes mostram que atividades em torno de 1.110 MBq (30 mCi), com indução de hipotireoidismo, são capazes de promover ablação de tecido remanescente de maneira não diferente ao observado com atividades de 3.700 MBq (100 mCi) (75,81-84). Dessa forma, os pacientes considerados de baixo/intermediário risco (tumor restrito à glândula tireoidiana ou com mínima invasão capsular, de tamanho inferior a 4 cm, com presença ou não de metástases linfáticas apenas em compartimento central) e em que não houver suspeita de doença residual microscópica, e que poderiam se beneficiar do tratamento com radioiodo, devem receber atividades entre 1.110 e 3.700 MBq (30 e 100 mCi). Nos casos de pacientes também de baixo/intermediário risco, porém em que há suspeita de doença microscópica residual, ou em que fatores de possível pior prognóstico se mostrem presentes (como, por exemplo, presença de variantes histológicas de maior agressividade), recomenda-se neste Protocolo o emprego de ablação com atividade mínima de 3.700 MBq (100 mCi) (7,9,68).

Nos casos de doença residual macroscópica evidente ou de metástases à distância, o tratamento com radioiodo se relaciona de maneira significativa com benefício na morbi-mortalidade (39,83). Apesar de não haver consenso sobre a melhor atividade de radiação a ser administrada nesses casos, valores não inferiores a 7.400 MBq (200 mCi), mas não ultrapassando valores radiotóxicos para a medula óssea, devem ser empregados.

Devido ao risco de edema peritumoral e consequente compressão de estruturas nobres adjacentes, dependendo da localização e extensão da doença a ser tratada, anti-inflamatórios, esteroides ou não, poderão ser empregados por ocasião da RIT.

MEDIDAS DE RADIOPROTEÇÃO INTRA E EXTRA-HOSPITALARES

Devido ao potencial risco decorrente de exposição à radiação de pacientes, parentes, profissionais da saúde e população em geral, todos os procedimentos realizados que envolvam exposição interna ou externa a material radioativo devem seguir as recomendações de segurança publicadas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN (resoluções CNEN 3.0 e CNEN 6.05, disponíveis em <http://www.cnen.gov.br/seguranca/normas/mostranorma.asp?op=305>), pela Agência Internacional de Energia Atômica – IAEA (Relatório de Segurança nº 63 da Agência Internacional de Energia Atômica, disponível em http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/pub1417_web.pdf) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (RDC 38/Medicina Nuclear 2008, disponível em <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=31277&word=>).

6.3 RADIOTERAPIA EXTERNA

O tratamento clássico do carcinoma diferenciado da tireóide é a tireoidectomia seguida do uso de iodo radioativo, nos casos selecionados, como descrito anteriormente. O uso da radioterapia externa sempre foi objeto de controvérsias, uma vez que não há estudos suficientes para comprovar a sua eficácia.

Alguns grandes centros de radioterapia (85) mostram que pacientes idosos (acima de 60 anos) que apresentam extensão tumoral extratireoidiana se beneficiam da radioterapia, com melhora da sobrevida e controle local da doença. Outros autores consideram que, mesmo os pacientes com extensão extratireoidiana mínima, com idade superior aos 60 anos também poderiam ser tratados com a radioterapia externa, mas isto não é aceito por todos os autores, por não existirem evidências consistentes na literatura mundial (86).

Segundo o consenso da ATA e da Associação Britânica de Tireóide, a radioterapia externa estaria indicada nos pacientes com idade superior a 45 anos, que apresentem extensão extratireoidiana volumosa à cirurgia, pacientes com tumor residual e pouca resposta ao iodo radioativo e em pacientes acima de 60 anos, com doença extensa (pT4) e grande disseminação linfonodal, mesmo sem evidência de doença macroscópica. (87,88)

É necessária uma seleção criteriosa dos pacientes de alto risco, para assegurar que os benefícios em reduzir a recorrência sejam superiores à toxicidade consequente à radioterapia externa (88,89).

Outras indicações da radioterapia externa seriam na(s) metástase(s) óssea(s) dolorosa(s), em que o alívio da dor é o maior benefício obtido, e metástase(s) em área(s) crítica(s) ou sujeita(s) a fratura ou fenômeno compressivo, em que a cirurgia não é possível. São exemplos destas lesões as que acometem o sistema nervoso central, vértebra, linfonodo subcarinal ou pelve (87).

A técnica de radioterapia externa é individualizada e conforme a conduta institucional adotada.

6.4 QUIMIOTERAPIA

A quimioterapia antineoplásica pode ser empregada como uma medida paliativa para 25% dos casos sintomáticos de carcinoma diferenciado da tireóide recorrente inoperável ou metastático, padrão folicular ou misto, que não concentram Iodo¹³¹. Segundo o único estudo de fase III publicado, a doxorubicina é o fármaco classicamente empregado no tratamento paliativo, em monoterapia, com resultados terapêuticos modestos: taxa de resposta de 31% e sobrevida de 15% em 2 anos (90).

Estudos clínicos preliminares sugerem que a associação de interferona alfa-2b à doxorubicina (91) ou a monoterapia com sorafenibe (92,93,94), sunitinibe (95), vandetanibe (96) ou vemurafenibe (97) são tratamentos experimentais, e seu emprego fora de ensaios clínicos não pode ser recomendado até que estudos comparativos (fase III) demonstrem sua segurança e eficácia. Visto não haver evidência de claro benefício global em termos de sobrevida, o Ministério da Saúde não recomenda o uso desses medicamentos para pacientes com carcinoma diferenciado da tireóide. Quando houver evidências suficientes para serem analisadas, eles deverão ser submetidos à CONITEC para esta indicação.

7 SEGUIMENTO

Os pacientes cuja administração de levotiroxina foi suspensa para a elevação de TSH devem ter este medicamento reintroduzido por ocasião da alta hospitalar.

Após terem recebido o tratamento com radioiodo, independentemente da atividade radioativa da dose administrada, da classificação de risco, da presença ou não de doença residual ou metástase(s) conhecida(s), todos os pacientes devem ser avaliados por meio de PCI, realizada 7 a 10 dias após terem recebido o radiofármaco. A realização de PCI após dose terapêutica é capaz de evidenciar foco(s) de doença metastática desconhecido(s) previamente, alterando a conduta terapêutica futura (98).

Posteriormente à terapia ablativa, os pacientes devem ser orientados a manter o uso contínuo de levotiroxina, com o objetivo de manter níveis de TSH adequados para a prevenção de recidiva e controle de doença residual. Os níveis de TSH a serem atingidos variam de acordo com o objetivo de supressão hormonal e devem ser individualizados conforme o balanço entre o potencial de risco de desfechos desfavoráveis relacionados à neoplasia e efeitos adversos de supressão do TSH (Quadro 4) (99).

Quadro 4 – Esquema de terapia de reposição de levotiroxina

RISCO RELACIONADO A REPOSIÇÃO DE T4	RISCO DE RECIDIVA E PROGRESSÃO TUMORAL		
	Alto	Intermediário	Baixo
Alto	Menos de 0,1 mU/L, caso doença persistente ou metastática; 0,1-0,5mU/L, por 5-10 anos, caso livre de doença.	0,5-1,0mU/L, caso livre de doença por 5-10 anos, depois 1,0-2,0 mU/L.	1,0-2,0 mU/L
Intermediário	Menos de 0,1 mU/L, caso doença persistente ou metastática; 0,1-0,5mU/L, por 5-10 anos, caso livre de doença.	0,1-0,5mU/L, caso livre de doença por 5-10 anos, depois 1,0-2,0 mU/L.	1,0-2,0 mU/L
Baixo	Menos de 0,1 mU/L, caso doença persistente ou metastática; 0,1-0,5mU/L, por 5-10 anos caso livre de doença.	0,1-0,5mU/L, caso livre de doença por 5-10 anos, depois 0,3-2,0 mU/L.	1,0-2,0 mU/L

Extraído de Bodi & Cooper, 2010 (99).

A tireoglobulina é um marcador tumoral específico e muito útil no seguimento dos pacientes com tumores diferenciados da tireoide. Usualmente a dosagem de tireoglobulina é feita pelo método imunométrico. Com este método, a presença de anticorpos antitireoglobulina causa grande interferência, resultando em níveis falsamente baixos do marcador. Portanto, existe sempre a necessidade da dosagem dos anticorpos antitireoglobulina concomitante à da tireoglobulina. As dosagens devem ser feitas de preferência no mesmo laboratório, com a utilização do mesmo ensaio durante o seguimento do paciente. Após a tireoidectomia total e ablação com radioiodo, a tireoglobulina habitualmente torna-se indetectável e sua presença deve alertar para possíveis recidivas (7,9).

É importante ressaltar que, naqueles pacientes submetidos à tireoidectomia total, mas que não se submeteram à ablação com iodo radioativo como complementação do tratamento, o seguimento deverá ser feito por meio da ultrassonografia cervical e pelos níveis séricos de tireoglobulina, sendo que, nesta situação específica, deverá ser valorizada a elevação deste marcador, ao longo do tempo (7).

Em relação ao seguimento posterior, os pacientes devem ser reavaliados de acordo com o potencial de risco de recidiva (Quadro 5). Nesse sentido, critérios de re-estratificação do risco poderão ser empregados (43). Seis a doze meses após a RIT, os pacientes considerados como de baixo/intermediário risco devem ter a dosagem de tireoglobulina estimulada, com interrupção de levotiroxina. A fim de confirmar a eficácia da ablação dos remanescentes, a PCI com baixas doses de radioiodo poderá ser indicada. Pacientes considerados de alto risco devem ser submetidos à reavaliação por meio de dosagens de tireoglobulina, anticorpos antitireoglobulina e PCI após 6 meses da RIT. No quadro 5 estão demonstradas as condutas propostas de acordo com a resposta à terapêutica inicial.

Quadro 5 - Reavaliação 6-12 meses após o tratamento inicial

RESPOSTA EXCELENTE	RESPOSTA ACEITÁVEL	RESPOSTA INCOMPLETA
Todos os critérios:	Qualquer um dos seguintes:	Qualquer um dos seguintes:
Tireoglobulina suprimida e estimulada	Tireoglobulina suprimida abaixo de 1ng/ml e estimulada entre 1 e 10 ng/ml.	Tireoglobulina suprimida acima de 1 ng/ml e estimulada acima de 10 ng/ml.
Ultrassonografia cervical sem evidência	Ultrassonografia cervical com alterações não específicas com linfonodos estáveis com abaixo de 1 cm.	Tireoglobulina em elevação
Estudos de imagem ou de medicina nuclear negativos (quando indicados).	Exame de imagem ou de medicina nuclear com alterações não específicas, entretanto não completamente normal.	Evidência de doença persistente ou novas lesões em exames de imagem ou de medicina nuclear.

Adaptado de Tuttle RM, 2010 (43).

O acompanhamento ambulatorial deverá ser anual ou em intervalos menores em casos específicos, por meio de realização de ultrassonografia de região cervical e dosagens de tireoglobulina e anticorpos antitireoglobulina em uso de levotiroxina.

O tempo de seguimento depende de presença ou não de recorrência da doença. Quanto maior o tempo sem evidência de recorrência, maior a chance de cura. Inexiste definição sobre o tempo necessário de seguimento destes pacientes; a maioria dos autores considera como 10 anos o tempo mínimo de acompanhamento dos casos de carcinoma de tireoide. Pacientes com indícios de respostas incompletas aos tratamentos iniciais, a pesquisa de recidiva local/regional ou de metástase(s) à distância deve ser realizada por meio de outros métodos de imagem. Uma vez detectada a recidiva local, linfática ou doença metastática, o tratamento deverá ser individualizado de acordo com fatores relacionados à doença como: extensão, localização, tipo histológico e aqueles relacionados ao paciente como comorbidades, risco cirúrgico e expectativa de vida. As principais opções terapêuticas nesses casos são a ressecção cirúrgica, nova RIT e radioterapia externa (100).

Há relato de regressão espontânea após resposta bioquímica incompleta à RIT inicial de doentes com câncer da tireoide (103); e, nos pacientes com persistência de doença local ou metastática, a RIT poderá ser novamente empregada enquanto houver indícios de captação de iodo pela(s) lesão(ões) (7).

Entretanto, uma parcela dos pacientes com doença persistente ou metastática cursa com refratariedade à RIT e progressão da doença. Nesses casos, estudos com o uso de substâncias indutoras de rediferenciação tumoral não mostrou resultados significativos (101,102), ficando como perspectiva a inclusão de pacientes em estudos clínicos envolvendo medicamento de alvo molecular e inibidor de vias de proliferação celular (104). O acompanhamento nestes casos não tem tempo pré-determinado.

8 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Pessoas com suspeita ou diagnóstico de nódulo(s) tireoidiano(s) devem ter acesso a consultas com profissionais experientes em doenças da tireoide e à propedêutica básica, em especial a ultrassonografia de qualidade e punção por agulha fina por ela guiada. No seguimento dos pacientes é fundamental a garantia dos exames de TSH, tireoglobulina e anticorpos antitireoglobulina. Os pacientes com alta suspeita ou com diagnóstico de tumor maligno com fatores pré-operatórios de risco intermediário ou alto devem ser priorizados para o atendimento nos serviços em seu município de origem ou na região de saúde, para realização dos tratamentos necessários. Independentemente da localidade do primeiro atendimento, que poderá ocorrer nas unidades básicas de saúde, unidades secundárias ou hospitais credenciados do SUS, públicos ou privados, devem estar garantidas, quando necessárias, as avaliações por especialistas nas áreas de endocrinologia e de cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia ou cirurgia geral. Cabe à Regulação estabelecer mecanismos e fluxos assistenciais que garantam o acesso à rede assistencial em tempo oportuno e com qualidade, por meio da contratação de serviços ambulatoriais e hospitalares, instalação de complexos reguladores que permitam a disponibilização de agendas, a priorização de pacientes e a autorização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

É essencial que sejam estabelecidos mecanismos de controle, avaliação e auditoria, que possam sistematicamente verificar a adequação da assistência aos pacientes, especialmente no que se refere à qualidade dos procedimentos realizados e aos intervalos de tempo entre o diagnóstico e os tratamentos, especialmente os cirúrgicos. São fundamentais o monitoramento da oferta de exames propedêuticos pelos estabelecimentos de saúde credenciados do SUS, públicos e privados, a avaliação da qualidade dos exames de imagem e os resultados das citologias dos nódulos punccionados.

Em relação às citologias, os seguintes dados devem ser avaliados: percentual de pacientes que tiveram os exames com material insuficiente, citologias inconclusivas e as correlações entre resultados das citologias e os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas.

É importante criar mecanismos para a busca ativa de pacientes com resultados alterados na rede assistencial, com o objetivo de agilizar o acesso aos serviços referenciados para a continuidade da avaliação e tratamento adequado.

Os procedimentos cirúrgicos devem ser previamente autorizados por uma instância do complexo regulador, que terá como atribuições verificar a adequação da solicitação, direcionar o paciente para o hospital mais qualificado para a realização do procedimento indicado e monitorar o tempo de espera. As cirurgias devem ser executadas preferencialmente em hospitais habilitados em oncologia como UNACON ou CACON e por equipes capacitadas que possam garantir o acompanhamento dos pacientes no pós-operatório imediato e tardio, tratar as complicações e realizar, quando necessário, o seguimento e a complementação do tratamento.

Nos hospitais que não possuam Serviço de Medicina Nuclear, o fluxo para acesso à RIT deverá ser previamente definido pelo respectivo Gestor local do SUS, com a garantia desta modalidade de tratamento, assim como os exames propedêuticos necessários, na especialidade em questão.

O tratamento com iodo radioativo deverá ser autorizado previamente por equipe capacitada, que avaliará a pertinência da solicitação, conforme o estabelecido neste Protocolo. A equipe autorizadora verificará o preenchimento correto do Laudo para Emissão de AIH, no caso de pacientes candidatos a doses elevadas de iodo radioativo, ou o Laudo para Emissão de APAC, nas indicações para o uso de doses ambulatoriais. Devem constar em ambas as modalidades de solicitações: dados de identificação do paciente, descrição da cirurgia realizada (tireoidectomia total ou complementação de tireoidectomia parcial, associadas ou não ao esvaziamento cervical) – a tireoidectomia total é premissa obrigatória para solicitação da RIT; resultado do exame anatomopatológico; código da CID; estágio do tumor (pela Classificação TNM) e o código do procedimento relativo à dose de iodo radioativo solicitada. Recomenda-se que seja estabelecida rotina para a solicitação do exame de pesquisa de corpo inteiro (PCI), a ser realizada no período pós-dose, que será autorizada simultaneamente ao tratamento com iodo radioativo.

Em caso de solicitação de tratamento para recidiva tumoral local ou metástase(s), o médico solicitante deve informar os procedimentos cirúrgicos já realizados e outro(s) tratamento(s) anterior(es) - RIT, radioterapia

externa e quimioterapia. Devem ser anexados os resultados dos exames de TSH, tireoglobulina e anticorpos antitireoglobulina e dos exames de imagem que comprovem a doença metastática, assim como o código do procedimento correspondente à dose de iodo indicada.

O SUS contempla todos os procedimentos cirúrgicos (estes na média e na alta complexidade), radioterápicos e quimioterápicos necessários ao tratamento do carcinoma diferenciado da tireoide.

Especificamente à RIT, são os seguintes os códigos correspondentes que devem ser solicitados no Laudo para Emissão de APAC e AIH:

- » 03.04.09.005-0 - Iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireoide (30 mCi) - APAC/SIA-SUS
- » 03.04.09.006-9 - Iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireoide (50 mCi) - APAC/SIA-SUS
- » 03.04.09.002-6 - Iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireoide (100 mCi) - AIH/SIH-SUS
- » 03.04.09.001-8 - Iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireoide (150 mCi) - AIH/SIH-SUS
- » 03.04.09.003-4 - Iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireoide (200 mCi) - AIH/SIH-SUS
- » 03.04.09.004-2 - Iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireoide (250 mCi) - AIH/SIH-SUS

Na indicação do tratamento ambulatorial com dose baixa (30 mCi a 50 mCi), com o objetivo de ablação de remanescentes tireoidianos pós-cirúrgicos em pacientes de baixo risco (conforme descrição no item 6.2 - Atividade de radiação administrada), será necessário o preenchimento do Laudo para Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), com todas as informações descritas anteriormente. Também nesta opção terapêutica, deve-se realizar a pesquisa de corpo inteiro (PCI) pós-dose.

O hospital ou serviço no qual o paciente foi submetido à radiiodoterapia será responsável pela assistência ao paciente e complicações advindas do tratamento. Caberá à regulação e ao controle e avaliação analisar a execução dos procedimentos, por meio da produção registrada nos sistemas SIA/SUS e SIH/SUS, a verificação *in loco* das condições de realização e os prazos entre a autorização e execução dos mesmos, além da adequação entre o tratamento autorizado e o efetivamente realizado e sua dose.

Relativamente à quimioterapia, excetuando-se a talidomida para o tratamento do mieloma múltiplo, do mesilato de imatinibe para a quimioterapia do tumor do estroma gastrointestinal (GIST), da leucemia mieloide crônica e da leucemia aguda cromossoma Philadelphia positivo e do trastuzumabe para a quimioterapia do carcinoma de mama inicial e locorregionalmente avançado, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

O procedimento da tabela do SUS compatível com quimioterapia do carcinoma da tireoide é o seguinte:
QUIMIOTERAPIA PALIATIVA - ADULTO

03.04.02.036-2 - Quimioterapia do carcinoma de tireoide avançado.

A levotiroxina está na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), inserida no elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Sua disponibilização é de responsabilidade dos municípios e o acesso dá-se por meio das Unidades Básicas de Saúde ou demais estabelecimentos designados pelas Secretarias Municipais de Saúde.

9 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER

É obrigatória a informação ao paciente ou ao seu responsável legal, dos potenciais riscos, benefícios e efeitos colaterais relacionados a tratamento preconizado neste Protocolo.

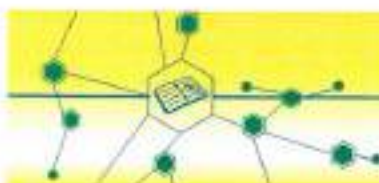
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sipsos JA, Mazzaferri EL. Thyroid cancer epidemiology and prognostic variables. *Clinical oncology (Royal College of Radiologists 2010)*; 22(6): 395-404.
2. Chen AY, Jemal A, Ward EM. Increasing incidence of differentiated thyroid cancer in the United States, 1988-2005. *Cancer* 2009; 115(16): 3801-3807.
3. Colonna M, Bossard N, Guizard AV, et al. Descriptive epidemiology of thyroid cancer in France: incidence, mortality and survival. *Annales d'endocrinologie* 2010; 71(2): 95-101.
4. Wang Y, Wang W. Increasing incidence of Thyroid Cancer in Shanghai, China, 1983-2007. *Asia-Pacific journal of public health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health* 2012; ahead of pub.
5. Brito Ados S, Coeli CM, Barbosa Fdos S, et al. Estimates of thyroid cancer incidence in Brazil: an approach using polynomial models. *Cadernos de saúde pública* 2011 / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 27(7): 1441-1444.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da Incidência de Câncer no Brasil – 2012. Rio de Janeiro. INCA, 2011. 118p.
7. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2009; 19(11): 1167-1214.
8. Maia AL, Ward LS, Carvalho GA, et al. (Thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: Brazilian consensus). *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia* 2007; 51(5): 867-893.
9. Pacini F, Schlumberger M, Dralle H, et al. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium. *European Journal of Endocrinology / European Federation of Endocrine Societies* 2006; 154(6): 787-803.
10. Aschebrook-Kilfoy B, Ward MH, Sabra MM, et al. Thyroid cancer incidence patterns in the United States by histologic type, 1992-2006. *Thyroid*. 2011; 21:125-134.
11. Hagag P, Strauss S, Weiss M. Role of ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy in evaluation of non palpable thyroid nodules. *Thyroid*. 1998;.8: 989-995.
12. Pacini f, Castagna MG, Brill L, Pentheroudakis G. Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2012; 23(suppl 7):117-119.
13. Vaisman A, Orlov S, Yip J, Orlov D. Thyroid Cancer: Latest Approaches to Canada's Fastest Growing Cancer. *UTMJ*.2010; 87(3):161-165.
14. Pacini F, Vorontsova T, Demidchik EP, et al. Post-Chernobyl thyroid carcinoma in Belarus children and adolescents: comparison with naturally occurring thyroid carcinoma in Italy and France. *J Clin Endocrinol Metab*.1997; 82:(11):3563-3569.
15. Boelaert K, Horacek J, Holder RL, et al. Serum thyrotropin concentration as a novel predictor of malignancy in thyroid nodules investigated by fine-needle aspiration. *J Clin Endo Metab*. 2006; 91;.4295-4301.
16. Gharib H, Papini E, Paschke R. AACE/AME/ETA –Thyroid Nodule Guideline. *Endocr Pract*. 2010; 16(supl).
17. Moon W J, Jung SL, Lee JH. Benign and Malignant Thyroid Nodules: US Differentiation Multicenter Retrospective Study. *Radiology*. 2008;247(3):762-770.
18. Kamran SC, Marqusee E, Kim MI. Thyroid Nodule Size and Prediction of Cancer. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013; 98;(2):.564-570.
19. Jankovic B, Le KT, Hershman JM. Hashimoto's Thyroiditis and Papillary Thyroid Carcinoma: Is There a Correlation. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013; 98(2):474-482.
20. Frates C, Benson CB, Doubilet PM. Prevalence and Distribution of Carcinoma in Patients with Solitary and Multiple Thyroid Nodules on Sonography. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006;91(9):3411-3417.
21. Castro MR, Espiritu RP, Bahn RS. Predictors of Malignancy in Patients with Cytologically Suspicious Thyroid Nodules. *Thyroid*.2011; 21(11):1191-98.
22. Gharib H, Papini E, Valcavi R, et al.; AACE/AME Task Force on Endocr Pract. 2006; 12:63-102.
23. Cibas ES, Ali S Z. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Thyroid*. 2009; 19 (11):1159-

- 1185.
24. Bongiovanni M, Spitale A, Faquin W. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology: A meta-Analysis. *Acta Cytologica*. 2012;56: 333-339.
 25. Coltera MD. Evaluation and imaging of a thyroid nodule. *SurgOncolClinN Am*, 2008;17: 37-56.
 26. AACE/AME Task Force on Thyroid Nodules. American Association of Clinical Endocrinologist and Associazione Medici Endocrinologi medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. *EndocrPrac*, 2006; 12:63-102).
 27. Tee HJ, Lim DJ, Bae KH et al. Diagnostic Value of ultrasonography to distinguish between benign and malignant lesions in the management of thyroid nodules. *Thyroid* 2007;17(5):461-6.
 28. Frates MC, Benson CB, Charboneau JW et al. Management of thyroid nodules detected at US: Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference statement. *Radiology* 2005;237 (3):794-800.
 29. McCoy KL, Jabbour N, Ogilvie JB et al. The incidence of cancer and rate of false negative cytology in thyroid nodules greater than or equal to 4 cm in size. *Surgery* 2007; 142(6): 837-44.
 30. Lee MJ, Kim EK, Kwak JY. Partially cystic thyroid nodules on ultrasound: probability of malignancy and sonographic differentiation. *Thyroid*. 2009 Apr; 19(4):341-5.
 31. Hegedus L. Thyroid ultrasound. *EndocrinolMetabolClin North Am*, 2001; 30:339-60.
 32. de Camargo RY, Tonimori EK. Usefulness of ultrasound in the diagnosis and management of well-differentiated thyroid carcinoma. *Arq Bras Endocrinol Metabolism*, 2007; 17:1269-76).
 33. Ahuja, AT Ying M, Ho SY, Antonio G, Lee YP, Kingand AD, Wong KT. Ultrasound of malignant cervical lymph nodes. *Cancer Imaging*. 2008; 8(1): 48.
 34. Biscolla RP. Investigação de Linfonodos em Pacientes em Seguimento por Carcinoma Diferenciado de Tireóide. *Arq Bras EndocrinolMetab* 2007;51(5):813-817.
 35. Dessler A, Rappaport Y, Blank A, Marmor S, Weiss J, Graif. Cystic appearance of cervical lymph nodes is characteristic of metastatic papillary thyroid carcinoma. *J Clin Ultrasound* 2003;1:21-5.
 36. Kuna S. Ultrasonographic differentiation of benign from malignant neck lymphadenopathy in thyroid cancer. *J Ultrasound Med* 2006;25:1531-7.
 37. União Internacional Contra o Câncer. TNM – Classificação de Tumores Malignos. Rio de Janeiro. Instituto Nacional de Câncer. 2012. Xxv, 325p. (7ª Edição).
 38. Hundahl SA, Fleming ID, Fremgen AM, et al. A National Cancer Data Base report on 53,856 cases of thyroid carcinoma treated in the U.S., 1985-1995. *Cancer* 1996; 83(12): 2638-2648.
 39. Huang IC, Chou FF, Liu RT, et al. Long-term outcomes of distant metastasis from differentiated thyroid carcinoma. *Clinical Endocrinology* 2012; 76(3): 439-447.
 40. Grebe SK, Hay ID. Thyroid cancer nodal metastases: biologic significance and therapeutic considerations. *Surgical Oncology Clinics of North America* 1996; 5(1): 43-63.
 41. Peittari H, Sintonen H, Schalin-Jantti C, et al. Health-related quality of life in long-term follow-up of patients with cured TNM Stage I or II differentiated thyroid carcinoma. *Clinical Endocrinology* 2009; 70(3): 493-497.
 42. Smith VA, Sessions RB, Lentsch EJ. Cervical lymph node metastasis and papillary thyroid carcinoma: Does the compartment involved affect survival? Experience from the SEER database. *Journal of Surgical Oncology* 2012. Ahead of pub.
 43. Tuttle RM, Tala H, Shah J, et al. Estimating risk of recurrence in differentiated thyroid cancer after total thyroidectomy and radioactive iodine remnant ablation: using response to therapy variables to modify the initial risk estimates predicted by the new American Thyroid Association staging system. *Thyroid* 2010; 20(12): 1341-1349.
 44. McLeod DAS, Sawka AM, Cooper DS. Controversies in primary treatment of low-risk papillary thyroid cancer. *The Lancet*. v.381.p.1046-57,2013).
 45. Bilmora KY, Bentrem DJ, Ko CY et al. Extent of surgery affects survival for papillary thyroid cancer. *Ann Surg*. v.246.p.375-381,2007.
 46. Mazzaferri EL. Long-term outcome of patients with differentiated thyroid carcinoma: effect of therapy. *Endocr Pract* 6:469-476, 2000.



47. Pacini F, Elisei R, Capezzone M, Miccoli P, Molinaro E, Basolo F, Agate L, Bottici V, Raffaelli M, Pinchera A. Contralateral papillary thyroid cancer is frequent at completion thyroidectomy with no difference in low- and high-risk patients. *Thyroid* 11, 2001:877-881.
48. Kim ES, Kim TY, Koh JM, Kim YI, Hong SJ, Kim WB, Shong YK. Completion thyroidectomy in patients with thyroid cancer who initially underwent unilateral operation. *Clin Endocrinol (Oxf)* 61, 2004:145-148.
49. Pasieka JL, Thompson NW, McLeod MK, Burney RE, Macha M. The incidence of bilateral well-differentiated thyroid cancer found at completion thyroidectomy. *World J Surg* 16, 1992:711-716; discussion 716-717.
50. Kim ES, Kim TY, Koh JM, Kim YI, Hong SJ, Kim WB, Erdem E, Gulcecik MA, Kuru B, Alagol H. Comparison of completion thyroidectomy and primary surgery for differentiated thyroid carcinoma. *Eur J Surg Oncol* 29, 2003: 747-749).
51. Bonnet S, Hartl DM, Trvagli J.P. Lymph node dissection for thyroid cancer. *J Visc Surg*.2010;147:155-9.
52. Gimm O, Rath FW, Dralle H. Pattern of Lymph node metastasis in papillary thyroid carcinoma. *Endocrine Reviews*, December 2011,32(8):798-826).
53. Mazzaferri EL. Management of a solitary nodule. *N Engl J Med*. v. 328, 1993: 353-559).
54. Tuttle RM, Ball DW, Byrd D. Thyroid Carcinoma. *J Natl Compr Canc Netw*. v.8, n.1, 2010: 1228-1274.
55. Bonnet S, Hartl D, Lebouilleu S et al. Prophylactic Lymph Node Dissection for Papillary Thyroid Cancer: Less than 2cm: Implications for Radioiodine Treatment. *J Clin Endocrinol Metabol*. v.94, 2009: 1162-1167.
56. Zaydfudim V, Feurer ID, Griffin MR, Phay JE. The impact of lymph node involvement on survival in patients with papillary and follicular thyroid carcinoma. *Surgery* 144, 2008:1070-1077; discussion 1077-1078.
57. Podnos YD, Smith D, Wagman LD, Ellenhorn JD. The implication of lymph node metastasis on survival in patients with well-differentiated thyroid cancer. *Am Surg* 71, 2005:731-734.
58. White ML, Gauger PG, Doherty GM. Central lymph node dissection in differentiated thyroid cancer. *World J Surg* 31, 2007:895-904.
59. Gemsenjager E, Perren A, Seifert B, Schuler G, Schweizer I, Heitz PU. Lymph node surgery in papillary thyroid carcinoma. *J Am Coll Surg* 197, 2003:182-190.
60. Marilee Carballo1 and Roderick M. Quiros To Treat or Not to Treat: The Role of Adjuvant Radioiodine Therapy in Thyroid Cancer Patients. *Journal of Oncology*. Volume 2012. Article ID 707156, 11 pages.
61. Rondeau G, Tuttle RM. Similarities and differences in follicular cell-derived thyroid cancer management guidelines used in Europe and the United States. *Seminars in Nuclear Medicine* 2011; 41(2): 89-95.
62. Hyer SL, Newbold K, Hamer CL. Early and late toxicity of radioiodine therapy: detection and management. *Endocr Pract* 2010; 16(6): 1064-1070.
63. Sawka AM, Thabane L, Parlea L, et al. Second primary malignancy risk after radioactive iodine treatment for thyroid cancer: a systematic review and meta-analysis. *Thyroid* 2009; 19(5): 451-457.
64. Muratet JP, Giraud P, Daver A, et al. Predicting the efficacy of first iodine-131 treatment in differentiated thyroid carcinoma. *J Nucl Med* 1997; 38(9): 1362-1368.
65. Pak H, Goungiotis L, Chang WJ, et al. Role of metastasectomy in the management of thyroid carcinoma: the NIH experience. *Journal of Surgical Oncology* 2003; 82(1): 10-18.
66. Zetting G, Fueger BJ, Passler C, et al. Long-term follow-up of patients with bone metastases from differentiated thyroid carcinoma -- surgery or conventional therapy? *Clinical Endocrinology* 2002; 56(3): 377-382.
67. Rosario PW, Maia FF, Cardoso LD, et al. Correlation between cervical uptake and results of postsurgical radioiodine ablation in patients with thyroid carcinoma. *Clinical Nuclear Medicine* 2004; 29(6): 358-361.
68. Pacini F, Ladenson PW, Schlumberger M, et al. Radioiodine ablation of thyroid remnants after preparation with recombinant human thyrotropin in differentiated thyroid carcinoma: results of an international, randomized, controlled study. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2006; 91(3): 926-932.
69. Tuttle RM, Brokhin M, Omry G, et al. Recombinant human TSH-assisted radioactive iodine remnant ablation achieves short-term clinical recurrence rates similar to those of traditional thyroid hormone withdrawal. *J Nucl Med* 2008; 49(5): 764-770.



70. Klubo-Gwiedzinska J, Burman KD, Van Nostrand D, et al. Radioiodine treatment of metastatic thyroid cancer. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2012; 22(3): 310-317.
71. Robbins RJ, Driedger A, Magner J. Recombinant human thyrotropin-assisted radioiodine therapy for patients with metastatic thyroid cancer who could not elevate endogenous thyrotropin or be withdrawn from thyroxine. *Thyroid* 2006; 16(11): 1121-1130.
72. Rudavsky AZ, Freeman LM. Treatment of scan-negative, thyroglobulin-positive metastatic thyroid cancer using radioiodine 131I and recombinant human thyroid stimulating hormone. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 1997; 82(1): 11-14.
73. Hans G, Paz-Filho G. Uso do TSH Humano Recombinante no Câncer Diferenciado de Tireóide. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2007; 51/5.
74. Luster M, Felbinger R, Dietlein M, Reiners C. Thyroid hormone withdrawal in patients with differentiated thyroid carcinoma: a one hundred thirty-patient pilot survey on consequences of hypothyroidism and a pharmacoeconomic comparison to recombinant thyrotropin administration. *Thyroid* 2005; 15: 1147-55.
75. Schlumberger M, Catargi B, Borget I et al. Strategies of Radioiodine Ablation in Patients with Low-Risk Thyroid Cancer. *N Engl J Med* 366;18 nejm.org may 3, 2012.
76. BRATS. O uso da Tireotrofina alta no diagnóstico e acompanhamento do Câncer de tireóide, Brasília-DF. Dezembro de 2008. Disponível em <http://www.saude.gov.br/rebrats>.
77. Pluijmen MJ, Eustatia-Rutten C, Goslings SM, et al. Effects of low-iodine diet on postsurgical radioiodide ablation therapy in patients with differentiated thyroid carcinoma. *Clinical Endocrinology* 2003; 59(4): 428-435.
78. Maxon HR, Thomas SR, Boehringer A, Drilling J, Sperling MI, Sparks JC, et al. Low iodine diet in I-131 ablation of thyroid remnants. *Clin Nucl Med* 1983; 8: 123-6.
79. Morris LF, Wilder MS, Waxman AD, Braunstein GD. Reevaluation of the impact of a stringent low-iodine diet on ablation rates in radioiodine treatment of thyroid carcinoma. *Thyroid* 2001; 11: 749-55.
80. Harjai KJ, Licata AA. Effects of amiodarone on thyroid function. *Ann Intern Med* 1997; 126: 63-73.
81. Barbaro D, Boni G, Meucci G, et al. Radioiodine treatment with 30 mCi after recombinant human thyrotropin stimulation in thyroid cancer: effectiveness for postsurgical remnants ablation and possible role of iodine content in L-thyroxine in the outcome of ablation. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2003; 88(9): 4110-4115.
82. Rosario PW, Reis JS, Barroso AL et al. Efficacy of low and high 131I doses for thyroid remnant ablation in patients with differentiated thyroid carcinoma based on post-operative cervical uptake. *Nuclear Medicine Communications* 2004; 25(11): 1077-1081.
83. Alexander EK, Larsen PR. Radioiodine for Thyroid Cancer – Is Less More? *N Engl J Med* 366;18 nejm.1732.org may 3, 2012.
84. Qiu ZL, Song HJ, Xu YH, et al. Efficacy and survival analysis of 131I therapy for bone metastases from differentiated thyroid cancer. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2011; 96(10): 3078-3086.
85. Brierley J, Tsang R, Panzarella T, Bana N. Prognostic factors and the effect of treatment with radioiodine and external beam radiation on patients with differentiated thyroid cancer seen at a single institution over 40 years. *Clinical Endocrinology* 2005; 63: 418-27.
86. Sie MA, Tsang RW, Panzarella T, Brierley JD. Differentiated thyroid cancer and extra thyroidal extension: prognosis and the role of external beam radiotherapy. *Journal of Thyroid Research* 2010; 183461.
87. Cooper D, Doherty GM, Haugen BR et al. The American Thyroid Association (ATA) guidelines taskforce on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* vol 19, no. 11, 2009.
88. Beckery J. Update on external beam radiation therapy in Thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab*, August 2011, 96(8): 2289-2295.

89. Schwartz DI, Lobo MJ et al. Postoperative external beam radiotherapy for differentiated thyroid cancer: Outcomes and morbidity with conformal treatment. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*, vol. 74, no. 4, pp. 1083-1091, 2009.
90. Shimaoka K, et al. A randomized trial of doxorubicin versus doxorubicin plus cisplatin in patients with advanced thyroid carcinoma. *Cancer*, 1985; 56(9):2155-60.
91. Argins A, et al. A phase II trial of doxorubicin and interferon alpha 2b in advanced, non-medullary thyroid cancer. *Invest New Drugs*, 2006; 26(2):183-8.
92. Kloos RT, et al. Phase II trial of sorafenib in metastatic thyroid cancer. *J Clin Oncol*, 2009; 27(10):1675-84.
93. Chen L, et al. Response to sorafenib at a low dose in patients with radioiodine-refractory pulmonary metastases from papillary thyroid carcinoma. *Thyroid*, 2011; 21(2): 119-24.
94. Schneider TC, et al. Long-term analysis of the efficacy and tolerability of sorafenib in advanced radio-iodine refractory differentiated thyroid carcinoma: final results of a phase II trial. *Eur J Endocrinol*, 2012; 167(5):643-50.
95. Carr LL, et al. Phase II study of daily sunitinib in FDG-PET-positive, iodine-refractory differentiated thyroid cancer and metastatic medullary carcinoma of the thyroid with functional imaging correlation. *Clin Cancer Res*, 2010; 16(21):5280-5.
96. Leboulleux S, et al. Vandetanib in locally advanced or metastatic differentiated thyroid cancer: a randomised, double-blind, phase 2 trial. *Lancet Oncol*, 2012; 13(9):897-905.
97. Kim K, et al. Clinical Responses to Vemurafenib in Patients with Metastatic Papillary Thyroid Cancer Harboring V600EBRAF Mutation. *Thyroid*, 2013; (no prelo).
98. Fatourechi V, Hay ID, Mullan BP, et al. Are posttherapy radioiodine scans informative and do they influence subsequent therapy of patients with differentiated thyroid cancer? *Thyroid* 2000; 10(7): 573-577.
99. Biondi B, Cooper DS. Benefits of thyrotropin suppression versus the risks of adverse effects in differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2010; 20(2): 135-146.
100. Brierley JD. Update on external beam radiation therapy in thyroid cancer. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2011; 96(8): 2289-2295.
101. Coelho SM, Corbo R, Buescu A, et al. Retinoic acid in patients with radioiodine non-responsive thyroid carcinoma. *Journal of Endocrinological Investigation* 2004; 27(4): 334-339.
102. Kebebew E, Lindsay S, Clark OH, et al. Results of rosiglitazone therapy in patients with thyroglobulin-positive and radioiodine-negative advanced differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2009; 19(9): 953-956.
103. Vaisman F, Momesso DA, Bulzico D, Pessoa, CHCN, Corbo R, Vaisman MRM. Spontaneous remission in thyroid cancer patients after biochemical incomplete response to initial therapy. *Clinical Endocrinology (Oxford, Print)*, v. 76, p. no-no, 2012.
104. Schlumberger M, Sherman SI. Approach to the patient with advanced differentiated thyroid cancer. *European Journal of Endocrinology* 2012; 166(1): 5-11.

LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA DO ADULTO

Portaria SAS/MS nº 1.219, de 4 de novembro de 2013.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada em 30/08/2012 uma busca na base eletrônica Medline, acessada via PubMed, utilizando os descritores de interesse para leucemia mieloide crônica ("Chronic Myeloid Leukemia"): (systematic review (ti) OR meta-analysis (pt) OR meta-analysis (ti) OR systematic literature review (ti) OR (systematic review (tiab) AND review (pt)) OR consensus development conference (pt) OR practice guideline (pt) OR cochrane database syst rev (ta) OR acp journal club (ta) OR health technol assess (ta) OR evid rep technol assess summ (ta)) OR ((evidence based(ti) OR evidence-based medicine (mh) OR best practice* (ti) OR evidence synthesis (tiab)) AND (review (pt) OR diseases category(mh) OR behavior and behavior mechanisms (mh) OR therapeutics (mh) OR evaluation studies(pt) OR validation studies(pt) OR guideline (pt))) OR ((systematic (tw) OR systematically (tw) OR critical (tiab) OR (study selection (tw)) OR (predetermined (tw) OR inclusion (tw) AND criteri* (tw)) OR exclusion criteri* (tw) OR main outcome measures (tw) OR standard of care (tw) OR standards of care (tw)) AND (survey (tiab) OR surveys (tiab) OR overview* (tw) OR review (tiab) OR reviews (tiab) OR search* (tw) OR handsearch (tw) OR analysis (tiab) OR critique (tiab) OR appraisal (tw) OR (reduction (tw) AND (risk (mh) OR risk (tw)) AND (death OR recurrence))) AND (literature (tiab) OR articles (tiab) OR publications (tiab) OR publication (tiab) OR bibliography (tiab) OR bibliographies (tiab) OR published (tiab) OR unpublished (tw) OR citation (tw) OR citations (tw) OR database (tiab) OR internet (tiab) OR textbooks (tiab) OR references (tw) OR scales (tw) OR papers (tw) OR datasets (tw) OR trials (tiab) OR meta-analy* (tw) OR (clinical (tiab) AND studies (tiab)) OR treatment outcome (mh) OR treatment outcome (tw))) NOT (letter (pt) OR newspaper article (pt) OR comment (pt)).

Entre 296 artigos encontrados e selecionados para revisão, foram incluídos 119 estudos clínicos e revisões sistemáticas; e não foram considerados 71 artigos sobre doenças fora do escopo deste Protocolo, 52 revisões narrativas ou estudos opinativos, 40 estudos de ciência básica ou pré-clínica, 6 publicações com dados preliminares de estudos publicados na íntegra posteriormente, 4 estudos farmacoeconômicos não aplicáveis ao Brasil e 4 estudos descritivos de série de casos.

2 INTRODUÇÃO

A leucemia mieloide crônica (LMC) é uma doença mieloproliferativa caracterizada pelo acúmulo excessivo de células mieloides de aparência normal. Ela ocorre com uma incidência anual de 1,0 a 1,5/100.000 habitantes, afetando principalmente adultos, entre 50 e 55 anos. No Brasil, em 2012, foram registrados 81.001 procedimentos de quimioterapia de LMC do adulto, no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA-SUS, apontando para uma prevalência anual de cerca de 10.125 casos desta doença. E casuísticas brasileiras indicam que a mediana de idade na apresentação da doença é, no mínimo, dez anos mais baixa que a encontrada na literatura internacional, com mediana de idade ao diagnóstico entre 40 e 46 anos (1-3).

Embora os sintomas iniciais possam incluir letargia, perda de peso, sangramento anormal, suores, anemia ou esplenomegalia, em países mais desenvolvidos, 50% dos pacientes são assintomáticos e são diagnosticados como consequência de exames de sangue realizados por motivos não relacionados(2).

Consultores: Martha Mariana de Almeida Santos Amuda, Rafael Henriques Jacomo e Jane de Almeida Dobbin

Editores: Maria Inez Fordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

A identificação da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento agê e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

A LMC é caracterizada pela presença do cromossoma Philadelphia (Ph+) e do oncogene que o codifica, presentes na grande maioria das células mieloides e em alguns linfócitos. O cromossoma Ph+ resulta de uma translocação recíproca (9; 22)(q34; q11) que justapõe o oncogene 1 c-abl (ABL1) no cromossoma 9, com o gene da região *breakpoint cluster* (BCR) no cromossoma 22, gerando o gene fusionado BCR-ABL1, que apresenta atividade citoplasmática aumentada de tirosinoquinase ABL1(4).

A história natural da LMC é classicamente compreendida em três fases(2,5): Seguindo-se a uma fase crônica inicial e progressiva, com uma duração média de 4 a 5 anos, instala-se uma fase de transformação (acelerada) de duração variável, que antecede a fase terminal, denominada fase blástica (aguda).

A fase crônica é caracterizada por marcada hiperplasia medular e manutenção da capacidade de maturação das células mieloides, cujas manifestações no sangue periférico podem ser temporariamente controladas por quimioterapia com, por exemplo, busulfano, hidroxiureia ou alfa-interferona, mas sem alterar a evolução natural da doença na maioria dos doentes(6-8). Sendo uma das poucas neoplasias malignas desencadeadas por um oncogene único (BCR-ABL), a introdução na última década dos medicamentos inibidores de tirosinoquinases (ITQ), como os mesilato de imatinibe, dasatinibe e nilotinibe, permitiu melhor resultado terapêutico, com retardo duradouro na progressão da doença(2, 9,10).

A fase de transformação da LMC tem por característica a presença de uma das seguintes condições(2,11):

- » Neutrofilia persistente ou em elevação;
- » Esplenomegalia persistente ou crescente, em vigência de tratamento;
- » Trombocitose persistente (acima de 1.000.000/mm³) em vigência de tratamento;
- » Trombocitopenia persistente (abaixo de 100.000/mm³) e não relacionada ao tratamento;
- » Evolução citogenética clonal em comparação ao cariótipo inicial, traduzida por aparecimento de novas anomalias cromossômicas (além da translocação cromossômica 9;22) ao exame de citogenética;
- » Basofilia igual ou superior a 20% no sangue periférico; ou
- » Contagem de blastos entre 10% e 19% no sangue periférico ou na medula óssea.

A fase blástica caracteriza-se pela verificação de pelo menos uma das seguintes características(2,11):

- » Presença de 20% ou mais de blastos no sangue periférico ou na medula óssea; ou
- » Proliferação extramedular de células blásticas, podendo haver formação tumoral (cloroma).

A taxa atuarial de progressão para fase de transformação e crise blástica entre doentes com LMC em fase crônica tardia, tratados com mesilato de imatinibe após falha ao uso de interferona e citarabina, foi de 39% e 24% em seis anos, respectivamente. No entanto, em doentes com LMC na fase crônica que receberam mesilato de imatinibe como tratamento inicial, a taxa de progressão para fase de transformação ou fase blástica em 6 anos foi de apenas 7%, sendo observada taxa anual de progressão de 1,5%, 2,8%, 1,8%, 0,9%, 0,5% e 0%, entre os anos 1 a 6, respectivamente(12,13).

A única alternativa terapêutica com possibilidade de cura para a LMC é o transplante de células-tronco hematopoéticas alogênicas (TCTH-AL), mas a morbidade e mortalidade associadas a este procedimento, assim como a eficácia e tolerância aos ITQ, resultaram em que a indicação preferencial do TCTH-AL passou a reservar-se para a falha ao tratamento medicamentoso da LMC em fase crônica ou de transformação, ou na reversão da fase blástica para uma destas.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C92.1 Leucemia mieloide crônica.

4 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

O diagnóstico de LMC requer a demonstração da presença de pelo menos um dos seguintes: cromossoma Philadelphia em exame citogenético; translocação t(9;22)(q34;q11) em leucócitos do sangue periférico ou da medula óssea – convencional ou por método molecular de hibridização *in situ* - ou produto do rearranjo BCR-ABL no sangue periférico, por reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) (2, 14). No entanto, nem sempre há associação entre achados da citogenética e expressão molecular do gene fusionado BCR-ABL1(15), pelo que a presença de umas das alterações citadas pode ser tomada como evidência de LMC, na presença de quadro clínico-laboratorial compatível, que pode incluir as seguintes características, com ou sem sintomas constitucionais:

- » Leucocitose neutrofílica, com ou sem desvio à esquerda;
- » Trombocitose;
- » Medula óssea hipercelular, com hiperplasia granulocítica;
- » Esplenomegalia.

A classificação da LMC adotada neste Protocolo é feita como proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) segundo características clínicas e laboratoriais em três fases(2):

a) Fase Crônica:

- » Proporção de blastos inferior a 10% na medula óssea ou no sangue periférico;
- » Ausência de características de fase de transformação ou blástica.

b) Fase de transformação (uma das seguintes características):

- » Leucocitose persistente ou em elevação ou esplenomegalia persistente ou crescente, na vigência do tratamento;
- » Trombocitose persistente (acima de 1 milhão/mm³) e não controlada pelo tratamento;
- » Trombocitopenia persistente (abaixo de 100 mil/mm³) e não relacionada ao tratamento;
- » Basofilia no sangue periférico igual ou superior a 20%;
- » Evolução clonal comparativamente ao cariótipo do diagnóstico; ou
- » Presença de 10%–19% de blastos na medula óssea ou no sangue periférico.

c) Fase Blástica (uma das seguintes características):

- » Presença de blastos representando 20% ou mais das células nucleadas da medula óssea ou dos leucócitos do sangue periférico; ou
- » Proliferação extramedular de blastos.

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- » Idade acima de 19 ou mais anos; e
- » Diagnóstico inequívoco de LMC.

NOTA: Doentes de LMC com menos de 19 anos devem ser incluídos no protocolo específico estabelecido pelo Ministério da Saúde.

6 CENTRO DE REFERÊNCIA

Doentes adultos com diagnóstico de LMC devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de hematologia ou hospitais habilitados como exclusivos em hematologia, com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu monitoramento laboratorial.

7 TRATAMENTO

A LMC pode ser tratada com hidroxiureia, alfa-interferona isolada ou em combinação com citarabina, inibidores de tirosinoquinase (imatinibe, dasatinibe ou nilotinibe) e TCTH-AL.

O medicamento de eleição para o tratamento da LMC é o mesilato de imatinibe, ITQ que produz respostas citogenética e molecular mais expressivas e é mais bem tolerado do que a alfa- interferona(16-21), tendo sido incorporado no SUS em 2001. Outros medicamentos inibidores de tirosinoquinase, como o dasatinibe e o nilotinibe, são alternativas atuais à falha terapêutica ou intolerância ao imatinibe(22-25). Tais medicamentos apresentam indicações e perfis próprios de toxicidade e que pode ser superada pela redução de dose com preservação da eficácia do tratamento(26-28).

Estudos retrospectivos, ensaios clínicos de fase-II e dados preliminares de estudos comparativos entre o imatinibe e o dasatinibe ou o nilotinibe no tratamento inicial da LMC, com tempo mediano de seguimento de dois anos, mostram que estes medicamentos, se comparados ao imatinibe, produzem mais rapidamente resposta molecular, citogenética e hematológica(24,29-36); uma comparação indireta sugeriu a mesma vantagem para o uso inicial do nilotinibe frente ao dasatinibe(37). No entanto, a heterogeneidade na definição dos desfechos clínicos relevantes nesses estudos limita a validade externa e a comparabilidade entre os parâmetros de eficácia neles obtidos(38-40), não havendo demonstração de que o uso inicial de dasatinibe ou de nilotinibe resulte em menor taxa de progressão para fase blástica ou maior sobrevida global do que se empregados após uma falha terapêutica ao tratamento inicial com imatinibe – conduta utilizada na prática médica e preconizada neste Protocolo, mas não adotada como controle nos estudos com o dasatinibe ou o nilotinibe(31,35); e o tempo de seguimento dos sujeitos da pesquisa é curto para avaliar se o uso inicial de dasatinibe ou nilotinibe pode promover menor risco de morte por LMC do que o uso do imatinibe.

O tratamento curativo da LMC é o transplante de células-tronco hematopoéticas alogênicas (TCTH-AL), não sendo recomendado o transplante de células-tronco hematopoéticas autólogas(41-44). Recomenda-se realizar tipagem HLA dos pacientes para a busca de seus potenciais doadores, conforme os critérios vigentes do Sistema Nacional de Transplantes(44). Na fase crônica, a taxa de sobrevida em 5 anos após TCTH-AL varia entre 25% e 70%, comparável à observada com uso de imatinibe (88% em 6 anos)(45-47).

A experiência de serviços de referência nacionais com o TCTH-AL para LMC entre 1983-2003 mostrou que a sobrevida global, sobrevida livre de doença, mortalidade relacionada ao transplante e incidência de recaída foram 49%, 50%, 45% e 25%, respectivamente, e que a idade e o intervalo entre o diagnóstico e o transplante não influenciaram a eficácia do procedimento(48). A indicação de TCTH-AL pode ser reservada para os casos de LMC em fase crônica com perda da resposta citogenética/molecular durante tratamento com alfa-interferona, imatinibe ou outro ITQ, ou em fase de transformação(43,49-51), mesmo que esta seja por reversão da fase blástica.

7.1 LINHAS TERAPÊUTICAS

O tratamento medicamentoso da LMC deve ser feito observando-se a fase da doença, finalidade do tratamento e critérios objetivos de segurança e eficácia, consistindo em:

- » Hidroxiureia, para citoredução temporária, em todas as fases da LMC;
- » Alfa-Interferona, para controle da doença na fase crônica, em doentes que permanecem em remissão com o uso deste fármaco, ou quando houver contra-indicação para uso de ITQ, como na gravidez, na falha terapêutica ao uso de ITQ e na impossibilidade ou contra-indicação de TCTH-AL;
- » Imatinibe, para controle da doença nas fases crônica, de transformação e blástica, em doentes sem tratamento prévio com inibidor de tirosinoquinases;
- » Dasatinibe, para controle da doença nas fases crônica, de transformação e blástica, em doentes que apresentaram falha terapêutica ou intolerância ao uso do imatinibe ou do nilotinibe e não houver possibilidade ou indicação de TCTH-AL;
- » Nilotinibe, para controle da doença nas fases crônica e de transformação, em doentes que apresentaram falha terapêutica ou intolerância ao uso do imatinibe ou do dasatinibe e não houver condições clínicas para

TCTH-AL:

- » Quimioterapia com outros antileucêmicos, quando houver falha terapêutica ou intolerância ao uso de inibidores de tirosinoquinases e não houver possibilidade ou indicação de TCTH-AL.

O uso alternativo de um inibidor de tirosinoquinase após falha terapêutica anterior a dois fármacos desta mesma classe terapêutica pode induzir respostas de curta duração em alguns pacientes (108), cujo significado clínico não se encontra definido na literatura médica, não podendo, assim, ser protocolado como terapia de 3ª linha.

7.1.1 Hidroxiureia

O uso de hidroxiureia substituiu largamente o uso do bussulfano na obtenção de respostas clínicas e hematológicas transitórias. Como não resulta em respostas citogenética ou molecular, hoje em dia pode ser empregada no tratamento da LMC com intuito de citorredução inicial ou de palição(52):

Doses:

- » LMC em todas as fases, para controle sanguíneo: Iniciar com 2g/dia por via interna (oral) e manter 1-2g/dia. Doses iniciais de 3 a 4g/dia podem ser usadas por períodos curtos, nos casos de doentes com leucometria muito elevada. A dose de manutenção é ajustada conforme a leucometria, devendo ser interrompida se o número de leucócitos estiver abaixo de 2.500/mm³ e o de plaquetas, de 100.000/mm³, voltando-se à dose de manutenção quando as contagens tenderem aos valores normais.

Toxicidade:

Além de mielossupressão, os eventos adversos associados ao uso de hidroxiureia incluem sintomas gastrointestinais (estomatite, náusea, vômito, diarreia e constipação) e dermatológicos (hiperpigmentação, erupção maculopapular, eritema periférico e facial, úlceras cutâneas, atrofia da pele e unhas, descamação cutânea e lesões similares à dermatomiosite).

7.1.2 ALFA-INTERFERONA

O tratamento com alfa-interferona é reservado para LMC em fase crônica, associada ou não à citarabina, quando o uso de ITQ for contraindicado ou não houver evidência de resposta hematológica em até seis meses de uso. A alfa-interferona isolada ou em combinação com citarabina ou hidroxiureia pode resultar em resposta clínica e hematológica em 70%-80% dos casos, resposta citogenética completa em 5%-15% e taxa de sobrevida em 5 anos de 57%, com relatos de resposta completa molecular em 5%-10% duradouras, mesmo anos após a suspensão do tratamento(53-66). Respostas citogenéticas são esperadas com 12 meses de tratamento e a este ponto a conduta deve ser modificada se não houver evidência de resposta citogenética. O tratamento permite redução ou estabilidade da mielofibrose associada à LMC, fator limitante para indicação ulterior de TCTH-AL(67,68).

Doses:

- » LMC em fase crônica: 5.000.000 UI/m²/dia (dose máxima de 9.000.000 UI/dia), via subcutânea, contínuo, podendo, ou não, ser associada à citarabina, 20 mg/m²/dia por via subcutânea durante 10 dias a cada mês(69). Doses menores de alfa-interferona (2.500.000 UI/m²/dia ou 3.000.000 UI/m² durante 5 dias semanais) podem ser usadas, com maior tolerância e sem prejuízo para a eficácia do tratamento(70,71). Este esquema visa a reduzir a granulocitopoese, e busca-se manter uma leucometria próxima a 2.500/mm³. No dia 1 de cada ciclo de citarabina, a leucometria deve ser superior a 2.000/mm³, a contagem de neutrófilos, maior que 1.500/mm³ e a plaquetometria, maior que 100.000/mm³. O uso de alfa-interferona peguilada não é recomendado, pois, apesar de ativo no tratamento da LMC, não resulta em eficácia (tempo para progressão ou sobrevida global) superior a alfa-interferona convencional(72,73).
- » A dose máxima diária preconizada de alfa-interferona pode ser alcançada pela administração escalonada de doses crescentes, de acordo com o grau de tolerância apresentado pelo doente.

Toxicidade:

Neutropenia ou úlceras orais persistentes devem motivar redução de dose.

NOTA: O efeito antitumoral da alfa-interferona sobre células-tronco da LMC não ocorre com os inibidores de tirosinoquinase, imatinibe, dasatinibe e nilotinibe(74). Estes, a despeito de resultarem em maiores taxas de resposta citogenética e molecular, devem ser usados continuamente, e a doença invariavelmente recai com a suspensão do medicamento(75); não se conhece caso de LMC curado pelo uso de inibidores de tirosinoquinase.

7.1.3 MESILATO DE IMATINIBE (1ª LINHA)

Como já dito, o tratamento da LMC com Mesilato de Imatinibe é o de eleição, por resultar respostas citogenética e molecular mais expressivas e ser mais bem tolerado do que à alfa-interferona(16-21), sendo utilizado nas seguintes situações:

- » Doentes recém-diagnosticados, sem tratamento prévio, inclusive candidatos a TCTH-AL enquanto aguardam a realização do transplante;
- » Doentes em tratamento com outros medicamentos (alfa-interferona isolada ou em associação com citarabina) que não atingiram resposta citogenética/molecular completa ou que não toleraram o tratamento com interferona (toxicidade clínica em grau 3 ou 4 e que perdure por mais de duas semanas);
- » Doentes sem resposta hematológica ou com progressão hematológica durante o tratamento com alfa-interferona;
- » Doentes que apresentam recidiva citogenética/molecular ou hematológica após TCTH-AL, quando a infusão de linfócitos do doador for inapropriada, impossível ou ineficaz; ou
- » Doentes que evoluam para fase de transformação ou blástica durante o tratamento com alfa-interferona ou após TCTH-AL.

O mesilato de imatinibe deve ser iniciado o mais precocemente possível, na dose preconizada, após o diagnóstico de LMC ou após falha ao tratamento com interferona, havendo vantagem com o escalonamento de dose no caso de resposta terapêutica inicial inadequada (76-78). A adesão ao tratamento e manutenção da intensidade de dose maior que 300 mg/dia são condições diretamente associadas à maior probabilidade de resposta citogenética/molecular e sobrevida livre de doença com imatinibe(79).

Doses:

- » LMC em fase crônica: 400 mg/dia ao dia por via oral, em dose única, com água, independentemente do escore de risco, durante a maior refeição do dia(80,81); escalar para 600 mg/dia (em duas tomadas, uma pela manhã e a outra à noite), após três meses se houver uma resposta inadequada, perda da resposta anterior ou progressão da doença(76,77).
- » LMC em fase de transformação ou em fase blástica: 600 mg/dia por via oral (em duas tomadas, uma pela manhã e a outra à noite), com água; escalar para 800 mg/dia (em duas tomadas, uma pela manhã e a outra à noite) após quatro semanas, se houver boa tolerância, mas uma resposta inadequada(82); interromper após três meses se não houver resposta.

Interação medicamentosa:

Apesar de que o uso do imatinibe associado a outros medicamentos em um estudo clínico não tenha resultado em variabilidade farmacocinética clinicamente relevante(83), o uso concomitante de indutores fortes de CYP3A4 (como a dexametasona, fenitoína, carbamazepina, fenobarbital e rifamicinas) pode reduzir os níveis séricos de nilotinibe e deve ser evitado. O imatinibe é um inibidor de CYP3A4 e seu uso aumenta o nível sérico de substratos desta enzima, requerendo cautela no uso associado com alprazolam, bloqueadores dos canais de cálcio do tipo diidropiridina,

ciclosporina, ergotamina, estatinas, fentanila, quinidina, sirolimo, tacrolimo e varfarina. Doentes que necessitam de anticoagulação devem receber heparina ao invés de varfarina(84).

Toxicidade:

Os eventos adversos mais comumente associados ao imatinibe incluem edema periorbital ou de membros inferiores, náusea, vômito, mialgia, diarreia, erupção cutânea e hepatotoxicidade (elevação de enzimas hepáticas e insuficiência hepática).

Em caso de toxicidade não hematológica do imatinibe, a dose diária pode ser reduzida ao mínimo de 300mg/dia, pois doses abaixo desta não apresentam efeito terapêutico. Se o grau de toxicidade impõe a suspensão temporária do medicamento, pode-se, superado o efeito tóxico, reiniciá-lo com a dose diária mínima (300mg/dia) e, progressivamente, aumentá-la até a dose diária que o doente tolere, no limite da respectiva dose diária preconizada.

7.1.4 DASATINIBE (2ª LINHA)

O dasatinibe pode ser empregado na falha terapêutica (após escalonamento de dose) ou intolerância ao mesilato de imatinibe, sendo usado exclusivamente com o nilotinibe como medicamentos de 2ª linha terapêutica.

Ficam, assim, as seguintes indicações do dasatinibe, como alternativa ao nilotinibe:

a) Doentes em fase crônica que apresentaram resistência ao mesilato de imatinibe, demonstrável por uma das seguintes condições:

- » Ausência de resposta hematológica completa após três meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Ausência de qualquer resposta citogenética após 06 meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Ausência de resposta citogenética parcial após 12 meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Ausência de resposta citogenética completa após 18 meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Perda de resposta hematológica ou citogenética com mesilato de imatinibe;
- » Perda de resposta molecular; ou
- » Progressão para fase de transformação ou fase blástica durante tratamento com mesilato de imatinibe.

b) Doentes em fase de transformação ou blástica que apresentaram resistência ao mesilato de imatinibe, demonstrável por uma das seguintes condições:

- » Ausência de resposta hematológica completa ou citogenética completa/molecular completa com mesilato de imatinibe;
- » Perda de resposta hematológica ou citogenética/molecular com mesilato de imatinibe; ou
- » Progressão para fase blástica durante tratamento com mesilato de imatinibe.

c) Doentes que apresentaram intolerância ao mesilato de imatinibe, evidenciada por uma das seguintes condições:

- » Toxicidade não hematológica maior do que ou igual ao grau 3, que não responde ao tratamento sintomático ou redução temporária da dose; ou
- » Toxicidade hematológica grau 4, com uma duração superior a 7 dias.

Doses:

- » LMC em fase crônica: 100 mg/dia por via oral, em dose única, pela manhã ou à noite, durante ou não uma das refeições(85,86). Escalonar para 140 mg/dia após três meses, se houver uma resposta inadequada, perda da resposta anterior ou progressão da doença.
- » LMC em fase de transformação ou na fase blástica: 140 mg/dia por via oral, em dose única, pela manhã ou à noite, durante ou não uma das refeições(87,88). Escalonar para 180 mg ao dia após quatro semanas, se

houver uma resposta inadequada; interromper após três meses se não houver resposta.

Interação medicamentosa:

O uso concomitante de indutores fortes de CYP3A4 pode reduzir os níveis séricos de dasatinibe e deve ser evitado (ex: dexametasona, fenitoína, carbamazepina, fenobarbital e rifamicinas); inibidores CYP3A4 (ex: cetoconazol, itraconazol, claritromicina, indinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir e voriconazol) podem aumentar os níveis séricos do dasatinibe e devem ser evitados.

Toxicidade:

Os eventos adversos observados em 20% ou mais dos doentes tratados com dasatinibe por resistência ou intolerância ao mesilato de imatinibe incluem: dor musculoesquelética, cefaleia, infecção, diarreia, fadiga, erupção cutânea, dispnéia, artralgia, hemorragia, edema superficial, derrame pleural, dor abdominal e náusea. Segundo informação recente (Neil P. Shah, apresentação oral, abstract 6506, ASCO 2012), não publicada, os eventos adversos graves e a incidência observada nos estudos clínicos foram: neutropenia (36,4%), plaquetopenia (23,6%), anemia (12,7%), hipofosfatemia (9,9%), infecção (6,1%), derrame pleural (5,3%), diarreia (4,3%), fadiga (4,3%), hemorragia (3,0%), dor musculoesquelética (3,0%), dor abdominal (2,5%) e dispnéia (2,4%).

Histórico de asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, doenças autoimunes, sangramento gastrointestinal, uso de aspirina ou anticoagulantes implica em maior risco com uso do dasatinibe; medicamento associado à ocorrência de derrame pleural e pericárdico, sangramento e infecções(89-92).

7.1.5 NILOTINIBE (2ª LINHA)

O nilotinibe pode ser empregado na falha terapêutica ou intolerância ao mesilato de imatinibe, após escalonamento de dose(93), sendo usado exclusivamente com o dasatinibe como medicamentos de 2ª linha terapêutica.

O uso do nilotinibe para doentes com LMC em fase blástica, resistentes ou intolerantes ao mesilato de imatinibe, conta com estudo de fase II(94) e não pode ser recomendado até comprovação independente dos resultados de eficácia.

Ficam, assim, as seguintes indicações do nilotinibe, como alternativa ao dasatinibe:

a) Doentes em fase crônica que apresentaram resistência ao mesilato de imatinibe, demonstrável por uma das seguintes condições:

- » Ausência de resposta hematológica completa após três meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Ausência de qualquer resposta citogenética após 06 meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Ausência de resposta citogenética parcial após 12 meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Ausência de resposta citogenética completa após 18 meses de tratamento com mesilato de imatinibe;
- » Perda de resposta hematológica ou citogenética com mesilato de imatinibe;
- » Perda de resposta molecular; ou
- » Progressão para fase de transformação durante o tratamento com mesilato de imatinibe.

b) Doentes em fase de transformação que apresentaram resistência ao mesilato de imatinibe, demonstrável por uma das seguintes condições:

- » Ausência de resposta hematológica completa ou citogenética completa/molecular completa com mesilato de imatinibe; ou
- » Perda de resposta hematológica ou citogenética/molecular com mesilato de imatinibe.

c) Doentes em fase crônica ou de transformação que apresentaram intolerância ao mesilato de imatinibe, demonstrável por uma das seguintes condições:

- » Toxicidade não hematológica maior do que ou igual ao grau 3, que não responde ao tratamento sintomático ou redução temporária da dose; ou
- » Toxicidade hematológica grau 4, com uma duração superior a 7 dias.

Doses:

- » LMC em fase crônica: 400 mg, duas vezes ao dia, com intervalo de 12 horas entre as doses, por via oral, no mínimo de duas horas após a ingestão de algum alimento e aguardar pelo menos uma hora para se alimentar novamente; as cápsulas devem ser engolidas inteiras, com água.
- » LMC em fase de transformação: O mesmo que para a fase crônica

Interação medicamentosa:

O uso concomitante de indutores fortes de CYP3A4 pode reduzir os níveis séricos de nilotinibe e deve ser evitado (ex: dexametasona, fenitoína, carbamazepina, fenobarbital e rifamicinas); inibidores CYP3A4 (ex: cetoconazol, itraconazol, claritromicina, indinavir, neflnavir, ritonavir, saquinavir e voriconazole) podem aumentar os níveis séricos do nilotinibe e devem ser evitados.

O nilotinibe prolonga o intervalo QT, pode produzir arritmias ventriculares e foi associado à ocorrência de morte súbita. Deve ser evitado em doentes com hipocalcemia, hipomagnesemia ou síndrome do QT longo.

Antes do início do tratamento e periodicamente devem ser monitorizados os níveis séricos de potássio e magnésio. Deve-se obter um eletrocardiograma basal, sete dias após o início do tratamento com nilotinibe após três meses iniciais e sempre que ocorrer modificação da dose ou quando clinicamente indicado durante o tratamento. Se ocorrer prolongamento do intervalo QT durante o tratamento (QTc maior que 0,48 segundos), as seguintes medidas precisam ser adotadas: 1) suspender o nilotinibe e avaliar níveis séricos de potássio e magnésio, corrigindo se forem subnormais; 2) avaliar se há uso concomitante de medicamentos inibidores CYP3A4; 3) reintroduzir o nilotinibe após duas semanas, na dose original, se o intervalo QTc for menor que 0,45 segundos, ou com dose reduzida para 400 mg/dia, se o intervalo QTc estiver entre 0,45 e 0,48 segundos; 4) caso o intervalo QTc esteja prolongado (maior que 0,48 segundos) mesmo com redução da dose, o nilotinibe deve ser permanentemente suspenso(95).

Toxicidade:

Os eventos adversos observados em 10% ou mais dos doentes tratados com nilotinibe incluem erupção cutânea, prurido, náusea, vômito, fadiga, cefaleia, constipação, diarreia e mialgia. Os eventos adversos graves mais comuns são relacionados à mielossupressão: anemia, neutropenia e trombocitopenia.

Antecedente de diabetes mellitus e pancreatite são contra-indicações relativas para o uso do nilotinibe, uma vez que este medicamento pode acarretar elevação dos níveis séricos de lipase, bilirrubinas e glicose.

7.1.6 Outros quimioterápicos

Os esquemas quimioterápicos de doentes com LMC intolerantes ou com doença resistente aos inibidores de tirosinoquinase devem ser selecionados segundo indicação ou não de TCTH-AL, capacidade funcional, condições clínicas e decisão do doente.

7.1.7 QUADRO RESUMO DA QUIMOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA DO ADULTO

LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA DO ADULTO - RESUMO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO						
FASE	LINHA	MEDICAMENTO	DOSE		OBSERVAÇÃO	
Crônica	Todas	Hidroxiureia	Inicial 2g/dia	Manutenção 1-2g/dia	Para citorredução, Dose inicial de 3-4g/dia se necessário, mas por curto tempo.	
		1a	Imatinibe	400mg/dia	NA	Dose diária mínima de 300mg/dia e máxima de 600mg/dia.
	Crônica	1a	Interferona	5 milhõesUI/ m ² /dia	NA	Alternativa ao Imatinibe. Máximo de 9 milhões UI/dia.
		2a	Dasatinibe	100mg/dia	NA	Alternativa ao Nilotinibe. Dose máxima de 140mg/dia.
		2a	Nilotinibe	800mg/dia	NA	Alternativa ao Dasatinibe. Dose máxima de 800mg/dia.
		3a	Qualquer	NA	NA	Conduta da responsabilidade do hospital.
Transformação (acelerada)	1a	Imatinibe	600mg/dia	NA	Dose diária mínima de 300mg/dia e máxima de 800mg/dia.	
	2a	Dasatinibe	140mg/dia	NA	Alternativa ao Nilotinibe. Dose máxima de 140mg/dia.	
		Nilotinibe	800mg/dia	NA	Alternativa ao Dasatinibe. Dose máxima de 800mg/dia.	
	3a	Qualquer	NA	NA	Conduta da responsabilidade do hospital.	
	Básica (aguda)	1a	Imatinibe	600mg/dia	NA	Dose diária mínima de 300mg/dia e máxima de 800mg/dia.
		2a	Dasatinibe	140mg/dia	NA	Dose máxima de 140mg/dia.
3a		Qualquer	NA	NA	Conduta da responsabilidade do hospital.	

NA = não se aplica

8 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

8.1 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

A compreensão da fisiopatologia da LMC e o aperfeiçoamento dos meios diagnósticos introduziram novos conceitos no monitoramento dos doentes tratados de LMC - resposta clínica, hematológica, resposta citogenética e resposta molecular - assim definidos:

Resposta Hematológica:

- » Normalização das contagens celulares com leucócitos abaixo de 10.000/mm³;
- » Basofilia inferior a 5% no sangue periférico;
- » Plaquetometria abaixo de 450.000/mm³;
- » Ausência de células imaturas (a partir de mielócitos) no sangue periférico.

Resposta Citogenética (em um mínimo de 20 metáfases):

- » Completa: Ausência do cromossoma Philadelphia;
- » Parcial: 1%-35% de metáfases com cromossoma Philadelphia;

- » Menor: 36%-65% de metáfases com cromossoma Philadelphia;
- » Mínima: 66%-95% de metáfases com cromossoma Philadelphia;
- » Ausente: mais de 95% de metáfases com cromossoma Philadelphia.

Resposta Molecular (PCR quantitativo em sangue periférico):

- » Completa: transcrito BCR-ABL indetectável;
- » Maior: redução da quantificação dos transcritos igual ou superior a 3 log, conforme Escala Internacional de mRNA do BCR-ABL (BCR-ABL/ABL menor ou igual a 0,1%);
- » Incompleta: relação BCR-ABL/ABL superior a 0,1%.

Os resultados terapêuticos devem ser avaliados pelos critérios de resposta hematológica e resposta citogenética/molecular(96,97). O tratamento visa à obtenção de resposta ótima, caracterizada:

- a) Resposta hematológica completa, em três meses;
- b) Resposta citogenética menor (até 65% de metáfases com cromossoma Philadelphia), em 03 meses;
- c) Resposta citogenética parcial (até 35% de metáfases com cromossoma Philadelphia), em 06 meses;
- d) Resposta citogenética completa (ausência de metáfases com cromossoma Philadelphia), em 12 meses;
- e) Resposta molecular maior (relação BCR-ABL/ABL menor ou igual a 0,1%), em 18 meses.

São critérios de falha terapêutica:

- a) Ausência de resposta hematológica completa, em três meses;
- b) Ausência de resposta citogenética (acima de 95% de metáfases com cromossoma Philadelphia), em 06 meses;
- c) Ausência de resposta citogenética parcial (acima de 35% de metáfases com cromossoma Philadelphia), em 12 meses;
- d) Ausência de resposta citogenética completa (presença de metáfases com cromossoma Philadelphia), em 18 meses; ou
- e) Quando houver perda da resposta hematológica completa ou de resposta citogenética completa/molecular completa obtida anteriormente.

Os seguintes exames devem ser realizados para monitoramento:

- a) Exame clínico do baço, linfonodos e manifestações sugestivas de cloroma: ao diagnóstico e a cada retorno ao médico.
- b) Hemograma: ao diagnóstico e a cada 15 dias até obtenção e confirmação de resposta clínica e hematológica completa. A partir deste ponto, a cada três meses ou em intervalos menores, a critério médico.
- c) Função hepática (ALT/TGP, AST/TGO, bilirubinas totais e frações): ao diagnóstico, a cada 15 dias no primeiro mês e uma vez nos segundo e terceiro meses de tratamento. Após o terceiro mês de tratamento, trimestralmente ou em intervalos menores, se necessário.
- d) mielograma e exame de citogenética: ao diagnóstico, aos três meses e aos seis meses de tratamento, e a cada seis meses até a resposta citogenética completa ser obtida e confirmada. Daí então a cada 12 meses, principalmente nos casos em que a monitoração molecular não for possível. Sempre deve ser realizada nos casos de alterações inesperadas nos índices hematimétricos e nas suspeitas clínicas de falha ao tratamento. Até a obtenção e a confirmação de resposta citogenética completa, deve ser feita por meio de exame de citogenética clássica em amostras de medula óssea. Após obtenção de resposta citogenética completa, pode ser feita, preferencialmente, por citogenética clássica em amostras de medula óssea ou, nos casos em que uma amostra de medula óssea não for possível, por técnica de hibridização fluorescente in situ em amostras de sangue periférico.
- e) Exame molecular (quantificação dos transcritos BCR-ABL1 por RT-PCR): a cada três meses após resposta citogenética completa obtida e confirmada. Após a obtenção e a confirmação de resposta molecular maior, pode ser realizado a cada seis meses. Realizar em amostras de sangue periférico.

As técnicas de hibridização fluorescente in situ podem ser usadas para monitorar resposta clínica e hematológica (resposta completa: até 10% células marcadas) ou resposta citogenética (resposta completa: até 1% de células marcadas), mas a sensibilidade do método não permite avaliar se houve resposta molecular maior(98).

Mutações no domínio quinase do BCR-ABL podem ser identificadas em 50% a 90% dos doentes com LMC resistente ao imatinibe(99), mas também em doentes que se encontram em resposta citogenética completa ao tratamento(100). Ensaio in vitro sugerem menor sensibilidade ao nilotinibe para as mutações E255K/V, Y253H ou F359C/V e menor sensibilidade ao dasatinibe com as mutações F317L ou V299L; a mutação T315I está presente em 4% a 15% dos casos de LMC resistentes ao imatinibe e pode conferir resistência ao dasatinibe e ao nilotinibe(14). No entanto, a presença de mutação não é condição suficiente ou necessária para a ocorrência de resistência clínica aos inibidores de tirosinoquinase(101-104), havendo mecanismos fisiopatológicos ainda não totalmente elucidados, envolvidos na falha terapêutica ao imatinibe(105, 106). Assim, a despeito da opinião provisória de especialistas(4, 107), até que estudos clínicos prospectivos demonstrem a utilidade prática do sequenciamento genético no planejamento terapêutico de doentes com LMC, não se recomenda a pesquisa de mutação BCR-ABL para uso rotineiro no acompanhamento ou seleção do tratamento desses doentes.

8.2. CRITÉRIOS DE MUDANÇA OU INTERRUÇÃO DO TRATAMENTO

a) Resposta sub-ótima:

Quando na avaliação da resposta terapêutica não for caracterizada resposta ótima, mas não houver critério para falha terapêutica, considera-se resposta sub-ótima ao tratamento. Nestes casos, não há necessidade absoluta de modificação imediata da linha terapêutica, podendo haver escalonamento de dose nos doentes em uso de imatinibe.

b) Falha terapêutica:

O tratamento medicamentoso deve ser modificado sempre que constatada falha terapêutica(97), pela ocorrência de um dos critérios descritos anteriormente, observando-se as seguintes etapas:

- » Nos doentes com LMC em fase crônica recebendo alfa-interferona, interromper e iniciar mesilato de imatinibe;
- » Nos doentes com LMC em qualquer fase recebendo mesilato de imatinibe, escalar a dose deste medicamento;
- » Nos doentes com LMC em fase crônica ou de transformação recebendo mesilato de imatinibe em dose escalonada, interromper e iniciar dasatinibe ou nilotinibe, na dose recomendada;
- » Nos doentes com LMC em fase crônica ou de transformação recebendo dasatinibe ou nilotinibe, interromper e iniciar terapia de terceira linha conforme conduta hospitalar;
- » Nos doentes com LMC em fase blástica recebendo mesilato de imatinibe em dose escalonada, interromper e iniciar dasatinibe, na dose recomendada;
- » Nos doentes com LMC em fase blástica recebendo dasatinibe, interromper e iniciar terapia de terceira linha conforme conduta hospitalar.

Embora estudos retrospectivos de séries de casos mostrem que o dasatinibe ou o nilotinibe possam ter aplicação clínica após falha terapêutica ao tratamento com imatinibe e a um destes outros dois medicamentos (88, 108), não há evidência científica suficiente (estudos de fase II, estudo de fase III ou meta-análise de estudos de eficácia) para recomendar o uso do nilotinibe ou do dasatinibe para doentes que apresentem falha terapêutica ao uso de um destes fármacos.

c) Toxicidade:

Neutropenia grau 3-4 pelos parâmetros do National Cancer Institute - NCI, de uso internacional (neutrófilos abaixo de 1.000/mm³):

- » Mesilato de imatinibe: interromper até contagem de neutrófilos maior que 1.500/mm³ e reiniciar com dose de 400 mg. Se houver recorrência da neutropenia grau 3-4, interromper e reiniciar com dose de 300 mg.
- » Dasatinibe: interromper até contagem de neutrófilos maior que 1.000/mm³. Na LMC em fase crônica, se

a recuperação ocorrer em uma semana, reintroduzir na dose de 100 mg/dia; se ocorrer em mais de uma semana, reintroduzir na dose de 80 mg/dia. Na LMC em fase de transformação ou na fase blástica, se ocorrer nas seis primeiras semanas e houver celularidade na medula óssea menor que 10% e menos que 5% de blastos, reintroduzir na dose de 140 mg/dia para o primeiro episódio, 100 mg/dia para o segundo episódio e 80 mg/dia para o terceiro episódio; se ocorrer após as seis primeiras semanas e houver celularidade na medula óssea maior que 10% e com mais que 5% de blastos, interromper permanentemente o dasatinibe.

- » Nilotinibe: interromper até contagem de neutrófilos maior que 1.000/mm³; se a recuperação ocorrer em duas semanas, reintroduzir na dose recomendada; se ocorrer em mais de duas semanas, reintroduzir com dose de 400 mg/dia.

Trombocitopenia grau 3-4 pelos parâmetros do National Cancer Institute - NCI, de uso internacional (plaquetas abaixo de 50.000/uL):

- » Mesilato de imatinibe: interromper até plaquetometria maior que 75.000/mm³ e reiniciar com dose de 400 mg. Se houver recorrência da trombocitopenia grau 3-4, interromper e reiniciar com dose de 300 mg.
- » Dasatinibe: interromper até plaquetometria maior que 50.000/mm³. Se o primeiro episódio ocorrer nos primeiros dois meses de tratamento, reintroduzir na dose de 100 mg/dia; se ocorrer após o segundo mês ou se tratar do segundo episódio de trombocitopenia grau 3-4, reintroduzir na dose de 80 mg/dia. Em doentes com LMC em fase de transformação ou em fase blástica, interromper até plaquetometria maior que 20.000/mm³; se ocorrer nas seis primeiras semanas e houver celularidade na medula óssea menor que 10% e menos que 5% de blastos, reintroduzir na dose de 140 mg/dia para o primeiro episódio, 100 mg/dia para o segundo episódio e 80 mg/dia para o terceiro episódio; se ocorrer após as seis primeiras semanas e houver celularidade na medula óssea maior que 10% e com mais que 5% de blastos, interromper permanentemente o dasatinibe.
- » Nilotinibe: interromper até plaquetometria maior que 50.000/mm³; se a recuperação ocorrer em duas semanas, reintroduzir na dose recomendada; se ocorrer em mais de duas semanas, reintroduzir com dose de 400 mg/dia.

Havendo novo episódio de trombocitopenia após redução de dose, ou sangramento, a continuidade do tratamento com o medicamento fica a critério médico.

Toxicidade não hematológica:

- » Hepatotoxicidade (bilirubinas 3 vezes acima do limite superior normal (LSN) ou AST ou ALT 5 vezes acima do LSN): suspender o medicamento até bilirubinas 1,5 vez abaixo do LSN e AST e ALT 2,5 abaixo do LSN e reintroduzir com redução de dose (mesilato de imatinibe: 300 mg/dia, LMC fase crônica e 400 mg/dia, LMC fase de transformação ou blástica; nilotinibe: LMC em qualquer fase, 400 mg/dia). Não há orientação segura para uso do dasatinibe ou do nilotinibe na vigência de disfunção hepática.
- » Elevação de lipase ou amilase acima de 2 vezes o LSN: suspender o nilotinibe e reintroduzi-lo com dose reduzida (LMC em fase crônica: 300 mg/dia; LMC em fase de transformação: 400 mg/dia), quando os níveis de lipase e amilase forem iguais ou menores que 1,5 LSN.
- » Outra toxicidade não hematológica grau 3 ou 4 pelos parâmetros do National Cancer Institute - NCI, de uso internacional: interrupção definitiva do tratamento em curso e mudança do esquema terapêutico.
- » Redução da capacidade funcional do doente para os níveis 3 ou 4 da escala de Zubrod (OMS), evidência de má adesão ao tratamento ou agravamento de comorbidade devem motivar avaliação multiprofissional do doente e decisão compartilhada sobre a continuidade ou interrupção do tratamento.

9 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

O tratamento da LMC é contínuo e não é recomendada a tentativa de suspensão definitiva do tratamento com ITQ, mesmo obtida resposta citogenética completa/molecular completa de longa duração.

Orientações sobre cuidados pós-tratamento aplicam-se aos pacientes em remissão completa da doença, após TCTH-AL(45,109,110). A natureza dos cuidados vai depender de fatores individuais, devendo ser indicada uma rotina de

retorno ao hospital para consultas ambulatoriais frequentes nas semanas e meses seguintes ao término do tratamento.

A equipe médica fornecerá instruções específicas ao acompanhamento diário do doente, incluindo:

- » necessidade de uso de medicamentos para controle sintomático;
- » informações sobre o reconhecimento e a prevenção de infecções;
- » manifestações de anemia, que pode requerer tratamento medicamentoso ou transfusões de hemácias;
- » efeitos adversos de longo prazo dos esquemas de condicionamento para TCTH-AL, como catarata, infertilidade e câncer secundário; manifestações da doença crônica do enxerto versus hospedeiro, que pode afetar o fígado, pele ou o trato digestivo; e efeitos adversos de longo prazo de medicamentos utilizados para o tratamento de complicações do transplante;
- » manifestações de síndrome metabólica, condição clínica cujo risco está aumentado entre sobreviventes de LMC.

10 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com 19 ou mais anos e diagnóstico de leucemia mieloide crônica devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de hematologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu monitoramento laboratorial/acompanhamento.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Estas incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem decrescente - primeira linha maior do que segunda maior do que terceira - sinaliza a efetividade terapêutica), entre outras. Ações de auditoria devem verificar *in loco*, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

NOTA 1 - O mesilato de imatinibe (para uso em 1ª linha), padronizado neste Protocolo, é, hoje, adquirido pelo Ministério e fornecido pelas Secretarias de Saúde para os hospitais e, por estes, aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Assim, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de outros medicamentos contra a leucemia mieloide crônica, observando o presente Protocolo, que eles, livremente, padronizem, adquiram e forneçam, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento, inclusive aqueles de 1ª linha terapêutica, compatíveis com o mesilato de imatinibe, seja o hospital público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

NOTA 2 - Os seguintes procedimentos se encontram na tabela do SUS e são autorizados por APAC para a quimioterapia da leucemia mieloide crônica do adulto:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
03.04.03.007-4	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica - Qualquer Fase - Controle Sangüíneo
03.04.03.011-2	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica – 1ª Linha
03.04.03.022-8	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica – 2ª Linha
03.04.03.012-0	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica – 3ª Linha
03.04.03.015-5	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação – 1ª Linha
03.04.03.014-7	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação – 2ª Linha
03.04.03.013-9	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação – 3ª Linha
03.04.03.009-0	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica – 1ª linha
03.04.03.008-2	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica – 2ª linha
03.04.03.010-4	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica – 3ª Linha

12 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

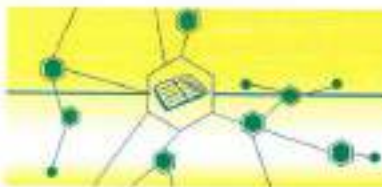
É obrigatória a informação ao paciente ou a seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento Mesilato de Imatinibe preconizado neste Protocolo.

13 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bortolheiro TC, Chiattoni CS. Leucemia Mieloide Crônica: história natural e classificação. Rev Bras Hematol Hemoter. 2008;30(Suppl.1):3-7.
- Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, S. JE, A, PS, H. S, et al., eds. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues 4a. ed. Lyon: IARC 2008.
- de Campos MG, Arantes Ade M, de Oliveira JS, Chauffaille Mde L. Chronic myeloid leukemia: a disease of youth in Brazil. Leuk Res. 2010 Apr;34(4):542-4.
- ABHH, SBP, SBP. Leucemia mieloide crônica. In: de Souza CA, Pagnano KBB, Bendit I, Conchon M, Freitas CMBM, Coelho AM, et al., eds. Projeto Diretrizes. São Paulo: AMB/CFM 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Condutas do INCA - Leucemia Mieloide Crônica. Rev Bras Cancerologia. 2003;49(1):5-8.
- Hehlmann R, Heimpel H, Hasford J, Kolb HJ, Pralle H, Hossfeld DK, et al. Randomized comparison of busulfan and hydroxyurea in chronic myelogenous leukemia: prolongation of survival by hydroxyurea. The German CML Study Group. Blood. 1993 Jul 15;82(2):398-407.
- Hehlmann R, Heimpel H, Hasford J, Kolb HJ, Pralle H, Hossfeld DK, et al. Randomized comparison of interferon-alpha with busulfan and hydroxyurea in chronic myelogenous leukemia. The German CML Study Group. Blood. 1994 Dec 15;84(12):4064-77.
- ICSGCML. A prospective comparison of alpha-IFN and conventional chemotherapy in Ph+ chronic myeloid leukemia. Clinical and cytogenetic results at 2 years in 322 patients. The Italian Cooperative Study Group on Chronic Myeloid Leukemia. Haematologica. 1992 May-Jun;77(3):204-14.
- Druker BJ, Guilhot F, O'Brien SG, Gathmann I, Kantarjian H, Gattermann N, et al. Five-year follow-up of patients receiving imatinib for chronic myeloid leukemia. N Engl J Med. 2006 Dec 7;355(23):2408-17.
- Kantarjian H, Giles F, Wunderle L, Bhalra K, O'Brien S, Wassmann B, et al. Nilotinib in imatinib-resistant CML and Philadelphia chromosome-positive ALL. N Engl J Med. 2006 Jun 15;354(24):2542-51.
- Xu Y, Wahner AE, Nguyen PL. Progression of chronic myeloid leukemia to blast crisis during treatment with imatinib mesylate. Arch Pathol Lab Med. 2004 Sep;128(9):980-5.
- Hochhaus A, Druker B, Sawyers C, Guilhot F, Schiffer CA, Cortes J, et al. Favorable long-term follow-up results over 6 years for response, survival, and safety with imatinib mesylate therapy in chronic-phase chronic myeloid

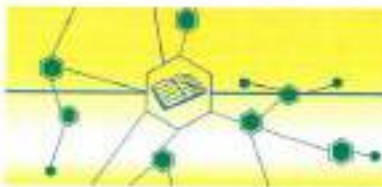


- leukemia after failure of interferon- α treatment. *Blood*. 2008 Feb 1;111(3):1039-43.
13. Hochhaus A, O'Brien SG, Guilhot F, Druker BJ, Branford S, Foroni L, et al. Six-year follow-up of patients receiving imatinib for the first-line treatment of chronic myeloid leukemia. *Leukemia*. 2009 Jun;23(6):1054-61.
 14. Jones D, Kamel-Reid S, Bahler D, Dong H, Elenitoba-Johnson K, Press R, et al. Laboratory practice guidelines for detecting and reporting BCR-ABL drug resistance mutations in chronic myelogenous leukemia and acute lymphoblastic leukemia: a report of the Association for Molecular Pathology. *J Mol Diagn*. 2009 Jan;11(1):4-11.
 15. Keating A, Wang XH, Laraya P. Variable transcription of BCR-ABL by Ph⁺ cells arising from hematopoietic progenitors in chronic myeloid leukemia. *Blood*. 1994 Apr 1;83(7):1744-9.
 16. Branford S, Rudzki Z, Harper A, Grigg A, Taylor K, Durrant S, et al. Imatinib produces significantly superior molecular responses compared to interferon α plus cytarabine in patients with newly diagnosed chronic myeloid leukemia in chronic phase. *Leukemia*. 2003 Dec;17(12):2401-9.
 17. Hahn EA, Glendonning GA, Sorensen MV, Huggens SA, Druker BJ, Guilhot F, et al. Quality of life in patients with newly diagnosed chronic phase chronic myeloid leukemia on imatinib versus interferon α plus low-dose cytarabine: results from the IRIS Study. *J Clin Oncol*. 2003 Jun 1;21(11):2138-46.
 18. Hughes TP, Kaeda J, Branford S, Rudzki Z, Hochhaus A, Hensley ML, et al. Frequency of major molecular responses to imatinib or interferon α plus cytarabine in newly diagnosed chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med*. 2003 Oct 9;349(15):1423-32.
 19. Mullar MC, Gattermann N, Lahaye T, Deininger MW, Berndt A, Fruehauf S, et al. Dynamics of BCR-ABL mRNA expression in first-line therapy of chronic myelogenous leukemia patients with imatinib or interferon α /ara-C. *Leukemia*. 2003 Dec;17(12):2392-400.
 20. O'Brien SG, Guilhot F, Larson RA, Gathmann I, Baccarani M, Cervantes F, et al. Imatinib compared with interferon α and low-dose cytarabine for newly diagnosed chronic-phase chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med*. 2003 Mar 13;348(11):994-1004.
 21. Cortes J, De Souza C, Ayala-Sanchez M, Bendit I, Best-Aguilera C, Enrico A, et al. Current patient management of chronic myeloid leukemia in Latin America: a study by the Latin American Leukemia Net (LALNET). *Cancer*. 2010 Nov 1;116(21):4991-5000.
 22. Kantarjian H, Pasquini R, Hamerschlag N, Rousselot P, Holowiecki J, Jootar S, et al. Dasatinib or high-dose imatinib for chronic-phase chronic myeloid leukemia after failure of first-line imatinib: a randomized phase 2 trial. *Blood*. 2007 Jun 15;109(12):5143-50.
 23. Kantarjian H, Pasquini R, Levy V, Jootar S, Holowiecki J, Hamerschlag N, et al. Dasatinib or high-dose imatinib for chronic-phase chronic myeloid leukemia resistant to imatinib at a dose of 400 to 600 milligrams daily: two-year follow-up of a randomized phase 2 study (START-R). *Cancer*. 2009 Sep 15;115(18):4136-47.
 24. Rosti G, Palandri F, Castagnetti F, Breccia M, Levato L, Gugliotta G, et al. Nilotinib for the frontline treatment of Ph(+) chronic myeloid leukemia. *Blood*. 2009 Dec 3;114(24):4933-8.
 25. Abbott BL. Dasatinib: from treatment of imatinib-resistant or -intolerant patients with chronic myeloid leukemia to treatment of patients with newly diagnosed chronic phase chronic myeloid leukemia. *Clin Ther*. 2012 Feb;34(2):272-81.
 26. Santos FP, Kantarjian H, Fava C, O'Brien S, Garcia-Manero G, Ravandi F, et al. Clinical impact of dose reductions and interruptions of second-generation tyrosine kinase inhibitors in patients with chronic myeloid leukaemia. *Br J Haematol*. 2010 Aug;150(3):303-12.
 27. Breccia M, Tribelli M, Alimena G. Tyrosine kinase inhibitors for elderly chronic myeloid leukemia patients: A systematic review of efficacy and safety data. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2012 Oct;84(1):93-100.
 28. Yood MU, Olivera SA, Cziraky M, Hirji I, Hamdan M, Davis C. Adherence to treatment with second-line therapies, dasatinib and nilotinib, in patients with chronic myeloid leukemia. *Curr Med Res Opin*. 2012 Feb;28(2):213-9.
 29. Cortes JE, Jones D, O'Brien S, Jabbour E, Ravandi F, Koller C, et al. Results of dasatinib therapy in patients with early chronic-phase chronic myeloid leukemia. *J Clin Oncol*. 2010 Jan 20;28(3):398-404.
 30. Kantarjian H, Shah NP, Hochhaus A, Cortes J, Shah S, Ayala M, et al. Dasatinib versus imatinib in newly diagnosed chronic-phase chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med*. 2010 Jun 17;362(24):2260-70.



31. Saglio G, Kim DW, Issaragrisil S, le Coutre P, Etienne G, Lobo C, et al. Nilotinib versus imatinib for newly diagnosed chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med*. 2010 Jun 17;362(24):2251-9.
32. Jabbour E, Kantarjian H, O'Brien S, Shan J, Quintas-Cardama A, Faderl S, et al. The achievement of an early complete cytogenetic response is a major determinant for outcome in patients with early chronic phase chronic myeloid leukemia treated with tyrosine kinase inhibitors. *Blood*. 2011 Oct 27;118(17):4541-6; quiz 759.
33. Jabbour E, Kantarjian HM, O'Brien S, Shan J, Quintas-Cardama A, Garcia-Manero G, et al. Front-line therapy with second-generation tyrosine kinase inhibitors in patients with early chronic phase chronic myeloid leukemia: what is the optimal response? *J Clin Oncol*. 2011 Nov 10;29(32):4260-5.
34. Ferdinand R, Mitchell SA, Batson S, Tumur I. Treatments for chronic myeloid leukemia: a qualitative systematic review. *J Blood Med*. 2012;3:51-76.
35. Kantarjian HM, Shah NP, Cortes JE, Baccarani M, Agarwal MB, Undurraga MS, et al. Dasatinib or imatinib in newly diagnosed chronic-phase chronic myeloid leukemia: 2-year follow-up from a randomized phase 3 trial (DASISION). *Blood*. 2012 Feb 2;119(5):1123-9.
36. Radich JP, Kopecky KJ, Appelbaum FR, Kamel-Reid S, Stock W, Mainassy G, et al. A randomized trial of dasatinib 100 mg vs imatinib 400 mg in newly diagnosed chronic phase chronic myeloid leukemia. *Blood*. 2012 Aug 28.
37. Signorovitch JE, Wu EQ, Betts KA, Parikh K, Kantor E, Guo A, et al. Comparative efficacy of nilotinib and dasatinib in newly diagnosed chronic myeloid leukemia: a matching-adjusted indirect comparison of randomized trials. *Curr Med Res Opin*. 2011 Jun;27(6):1263-71.
38. Kantarjian H, O'Brien S, Jabbour E, Shan J, Ravandi F, Kadia T, et al. Impact of treatment end point definitions on perceived differences in long-term outcome with tyrosine kinase inhibitor therapy in chronic myeloid leukemia. *J Clin Oncol*. 2011 Aug 10;29(23):3173-8.
39. Gross NC, White HE, Muller MC, Saglio G, Hochhaus A. Standardized definitions of molecular response in chronic myeloid leukemia. *Leukemia*. 2012 Oct;26(10):2172-5.
40. Rogers G, Hoyle M, Thompson Coon J, Moxham T, Liu Z, Pitt M, et al. Dasatinib and nilotinib for imatinib-resistant or -intolerant chronic myeloid leukaemia: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2012;16(22):1-410.
41. Collaboration CAT. Autologous stem cell transplantation in chronic myeloid leukaemia: a meta-analysis of six randomized trials. *Cancer Treat Rev*. 2007 Feb;33(1):39-47.
42. Gale RP, Hehlmann R, Zhang MJ, Hasford J, Goldman JM, Heimpel H, et al. Survival with bone marrow transplantation versus hydroxyurea or interferon for chronic myelogenous leukemia. The German CML Study Group. *Blood*. 1998 Mar 1;91(5):1810-9.
43. Hehlmann R, Hochhaus A, Kolb HJ, Hasford J, Gratwohl A, Heimpel H, et al. Interferon-alpha before allogeneic bone marrow transplantation in chronic myelogenous leukemia does not affect outcome adversely, provided it is discontinued at least 90 days before the procedure. *Blood*. 1999 Dec 1;94(11):3668-77.
44. BRASIL, Ministério da Saúde. Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Portaria GM/MS Nº 2.600, de 21 de outubro de 2009.
45. Raifer E, Greinix HT, Keil F, Brugger S, Rabitsch W, Schulenburg A, et al. Long-term follow-up of patients after related- and unrelated-donor bone marrow transplantation for chronic myelogenous leukemia. *Ann Hematol*. 1999 Nov;78(11):507-13.
46. Silver RT, Woolf SH, Hehlmann R, Appelbaum FR, Anderson J, Bennett C, et al. An evidence-based analysis of the effect of busulfan, hydroxyurea, interferon, and allogeneic bone marrow transplantation in treating the chronic phase of chronic myeloid leukemia: developed for the American Society of Hematology. *Blood*. 1999 Sep 1;94(5):1517-36.
47. Olsson-Stromberg U, Simonsson B, Ahlgren T, Björkholm M, Carlsson K, Gahrton G, et al. Comparison of busulfan, hydroxyurea and allogeneic bone marrow transplantation (BMT) in chronic myeloid leukaemia: BMT prolongs survival. *Hematol J*. 2004;5(6):462-6.
48. de Souza CA, Vigorito AC, Ruiz MA, Nucci M, Duley FL, Funcke V, et al. Validation of the EBMT risk score in chronic myeloid leukemia in Brazil and allogeneic transplant outcome. *Haematologica*. 2005 Feb;90(2):232-7.

49. Jabbour E, Cortes J, Kantarjian H, Giralt S, Andersson BS, Giles F, et al. Novel tyrosine kinase inhibitor therapy before allogeneic stem cell transplantation in patients with chronic myeloid leukemia: no evidence for increased transplant-related toxicity. *Cancer*. 2007 Jul 15;110(2):340-4.
50. Kantarjian H, O'Brien S, Talpaz M, Borthakur G, Ravandi F, Faderl S, et al. Outcome of patients with Philadelphia chromosome-positive chronic myelogenous leukemia post-imatinib mesylate failure. *Cancer*. 2007 Apr 15;109(8):1556-60.
51. Saussele S, Laussek M, Gratwohl A, Beelen DW, Bunjes D, Schwerdtfeger R, et al. Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (allo SCT) for chronic myeloid leukemia in the imatinib era: evaluation of its impact within a subgroup of the randomized German CML Study IV. *Blood*. 2010 Mar 11;115(10):1880-5.
52. CMLTCG. Hydroxyurea versus busulphan for chronic myeloid leukaemia: an individual patient data meta-analysis of three randomized trials. Chronic myeloid leukemia trialists' collaborative group. *Br J Haematol*. 2000 Sep;110(3):573-6.
53. Allan NC, Richards SM, Shepherd PC. UK Medical Research Council randomised, multicentre trial of interferon-alpha n1 for chronic myeloid leukaemia: improved survival irrespective of cytogenetic response. The UK Medical Research Council's Working Parties for Therapeutic Trials in Adult Leukaemia. *Lancet*. 1995 Jun 3;345(8962):1392-7.
54. Ohnishi K, Ohno R, Tomonaga M, Kamada N, Onozawa K, Kuramoto A, et al. A randomized trial comparing interferon-alpha with busulfan for newly diagnosed chronic myelogenous leukemia in chronic phase. *Blood*. 1995 Aug 1;86(3):906-16.
55. BCSG. Low-dose interferon-alpha 2b combined with hydroxyurea versus hydroxyurea alone for chronic myelogenous leukemia. The Benelux CML Study Group. *Bone Marrow Transplant*. 1996 May;17 Suppl 3:S19-20.
56. Hehlmann R, Heimpel H, Hossfeld DK, Hasford J, Kolb HJ, Löffler H, et al. Randomized study of the combination of hydroxyurea and interferon alpha versus hydroxyurea monotherapy during the chronic phase of chronic myelogenous leukemia (CML Study II). The German CML Study Group. *Bone Marrow Transplant*. 1996 May;17 Suppl 3:S21-4.
57. Shepherd PC, Richards SM, Allan NC. Progress with interferon in CML--results of the MRC UK CML III study. *Bone Marrow Transplant*. 1996 May;17 Suppl 3:S15-8.
58. CMLTCG. Interferon-alpha versus chemotherapy for chronic myeloid leukemia: a meta-analysis of seven randomized trials: Chronic Myeloid Leukemia Trialists' Collaborative Group. *J Natl Cancer Inst*. 1997 Nov 5;89(21):1616-20.
59. BCSG. Randomized study on hydroxyurea alone versus hydroxyurea combined with low-dose interferon-alpha 2b for chronic myeloid leukemia. The Benelux CML Study Group. *Blood*. 1998 Apr 15;91(8):2713-21.
60. Ohnishi K, Tomonaga M, Kamada N, Onozawa K, Kuramoto A, Dohy H, et al. A long term follow-up of a randomized trial comparing interferon-alpha with busulfan for chronic myelogenous leukemia. The Kouseisho Leukemia Study Group. *Leuk Res*. 1998 Sep;22(9):779-86.
61. Giles FJ, Shan J, Chen S, Advani SH, Supandiman I, Aziz Z, et al. A prospective randomized study of alpha-2b interferon plus hydroxyurea or cytarabine for patients with early chronic phase chronic myelogenous leukemia: the International Oncology Study Group CML1 study. *Leuk Lymphoma*. 2000 Apr;37(3-4):367-77.
62. Tothova E, Fricova M, Kalkova A, Stecova N, Guman T, Raffac S, et al. Hematological and cytogenetic response of interferon-alpha 2b alone and combined interferon-alpha plus cytarabine as a first-line treatment in chronic myeloid leukemia. *Neoplasma*. 2000;47(2):125-8.
63. Tothova E, Fricova M, Stecova N, Svorcova E, Guman T, Raffac S, et al. (The 6M 12M trial--study of the effectiveness and tolerance of treatment in chronic myeloid leukaemia with a combination of interferon-alpha and cytarabine). *Vnitř Lek*. 2000 Jul;46(7):391-4.
64. Baccarani M, Rosti G, de Vivo A, Bonifazi F, Russo D, Martinelli G, et al. A randomized study of interferon-alpha versus interferon-alpha and low-dose arabinosyl cytosine in chronic myeloid leukemia. *Blood*. 2002 Mar 1;99(5):1527-35.
65. Hehlmann R, Berger U, Pfirrmann M, Hochhaus A, Metzgeroth G, Maywald O, et al. Randomized comparison



- of interferon alpha and hydroxyurea with hydroxyurea monotherapy in chronic myeloid leukemia (CML-study II): prolongation of survival by the combination of interferon alpha and hydroxyurea. *Leukemia*. 2003 Aug;17(8):1529-37.
66. Kuhr T, Burgstaller S, Apfelbeck U, Linkesch W, Seewann H, Fridrik M, et al. A randomized study comparing interferon (IFN alpha) plus low-dose cytarabine and interferon plus hydroxyurea (HU) in early chronic-phase chronic myeloid leukemia (CML). *Leuk Res*. 2003 May;27(5):405-11.
 67. Buesche G, Hehlmann R, Hecker H, Heimpel H, Heinze B, Schmeil A, et al. Marrow fibrosis, indicator of therapy failure in chronic myeloid leukemia - prospective long-term results from a randomized-controlled trial. *Leukemia*. 2003 Dec;17(12):2444-53.
 68. Buesche G, Freund M, Hehlmann R, Georgii A, Ganser A, Hecker H, et al. Treatment intensity significantly influencing fibrosis in bone marrow independently of the cytogenetic response; meta-analysis of the long-term results from two prospective controlled trials on chronic myeloid leukemia. *Leukemia*. 2004 Sep;18(9):1460-7.
 69. Deenik W, van der Holt B, Verhoef GE, Schattenberg AV, Verdonck LF, Daenen SM, et al. High-vs low-dose cytarabine combined with interferon alfa in patients with first chronic phase chronic myeloid leukemia. A prospective randomized phase III study. *Ann Hematol*. 2007 Feb;86(2):117-25.
 70. Penabazola MJ, Ochozola J, Gonzalez C, Massague I, Miguel A, Gonzalez San Miguel JD, et al. A randomized study of intermediate as compared with high doses of interferon-alpha for chronic myeloid leukemia: no differences in cytogenetic responses. *Ann Hematol*. 2003 Dec;82(12):750-8.
 71. Kain-Nelemans HC, Buck G, de Cassie S, Richards S, Beverloo HB, Falkenburg JH, et al. Randomized comparison of low-dose versus high-dose interferon-alfa in chronic myeloid leukemia: prospective collaboration of 3 joint trials by the MRC and HOVON groups. *Blood*. 2004 Jun 15;103(12):4408-15.
 72. Michallet M, Maloisel F, Delain M, Hellmann A, Rosas A, Silver RT, et al. Pegylated recombinant interferon alpha-2b vs recombinant interferon alpha-2b for the initial treatment of chronic-phase chronic myelogenous leukemia: a phase III study. *Leukemia*. 2004 Feb;18(2):309-15.
 73. Lipton JH, Khoroshko N, Golenkov A, Abdulkadyrov K, Nair K, Raghunadharao D, et al. Phase II, randomized, multicenter, comparative study of peginterferon-alpha-2a (40 kD) (Pegasys) versus interferon alpha-2a (Roferon-A) in patients with treatment-naive, chronic-phase chronic myelogenous leukemia. *Leuk Lymphoma*. 2007 Mar;48(3):497-505.
 74. Chomel JC, Turhan AG. Chronic myeloid leukemia stem cells in the era of targeted therapies: resistance, persistence and long-term dormancy. *Oncotarget*. 2011 Sep;2(9):713-27.
 75. Perotti D, Jamieson C, Goldman J, Skorski T. Chronic myeloid leukemia: mechanisms of blastic transformation. *J Clin Invest*. 2010 Jul;120(7):2254-64.
 76. Kantarjian HM, Larson RA, Guilhot F, O'Brien SG, Mone M, Rudoltz M, et al. Efficacy of imatinib dose escalation in patients with chronic myeloid leukemia in chronic phase. *Cancer*. 2009 Feb 1;116(3):551-60.
 77. Patzer AL, Wolf D, Fong D, Lion T, Dyagil I, Masliak Z, et al. High-dose imatinib improves cytogenetic and molecular remissions in patients with pretreated Philadelphia-positive, BCR-ABL-positive chronic phase chronic myeloid leukemia: first results from the randomized CELSG phase III CML 11 "ISTAHIT" study. *Haematologica*. 2010 Jun;95(6):908-13.
 78. Breccia M, Alimena G. The current role of high-dose imatinib in chronic myeloid leukemia patients, newly diagnosed or resistant to standard dose. *Expert Opin Pharmacother*. 2011 Sep;12(13):2075-87.
 79. Marin D, Bazeos A, Mahon FX, Eliasson L, Milojkovic D, Blau M, et al. Adherence is the critical factor for achieving molecular responses in patients with chronic myeloid leukemia who achieve complete cytogenetic responses on imatinib. *J Clin Oncol*. 2010 May 10;28(14):2381-8.
 80. Baccarani M, Rosti G, Castagnetti F, Haznedaroglu I, Porkka K, Abruzzese E, et al. Comparison of imatinib 400 mg and 800 mg daily in the front-line treatment of high-risk, Philadelphia-positive chronic myeloid leukemia: a European LeukemiaNet Study. *Blood*. 2009 May 7;113(19):4497-504.
 81. Gafter-Gvili A, Leader A, Gurion R, Vidal L, Ram R, Shacham-Abulafia A, et al. High-dose imatinib for newly diagnosed chronic phase chronic myeloid leukemia patients--systematic review and meta-analysis. *Am J*

- Hematol. 2011 Aug;86(8):657-62.
82. Hehlmann R, Lauseker M, Jung-Munkwitz S, Leitner A, Müller MC, Plötsch N, et al. Tolerability-adapted imatinib 800 mg/d versus 400 mg/d versus 400 mg/d plus interferon- α in newly diagnosed chronic myeloid leukemia. *J Clin Oncol*. 2011 Apr 20;29(12):1634-42.
 83. Schmidl H, Peng B, Riviere GJ, Capdeville R, Hershey M, Gathmann I, et al. Population pharmacokinetics of imatinib mesylate in patients with chronic-phase chronic myeloid leukaemia: results of a phase III study. *Br J Clin Pharmacol*. 2005 Jul;60(1):35-44.
 84. Yin OQ, Gallagher N, Fischer D, Zhao L, Zhou W, Leroy E, et al. Effects of nilotinib on single-dose warfarin pharmacokinetics and pharmacodynamics: a randomized, single-blind, two-period crossover study in healthy subjects. *Clin Drug Investig*. 2011;31(3):169-79.
 85. Shah NP, Kantarjian HM, Kim DW, Rea D, Dorchner-Ulcer PE, Milone JH, et al. Intermittent target inhibition with dasatinib 100 mg once daily preserves efficacy and improves tolerability in imatinib-resistant and -intolerant chronic-phase chronic myeloid leukemia. *J Clin Oncol*. 2008 Jul 1;26(19):3204-12.
 86. Latagliata R, Breccia M, Castagnetti F, Stagno F, Luciano L, Gozzini A, et al. Dasatinib is safe and effective in unselected chronic myeloid leukaemia elderly patients resistant/intolerant to imatinib. *Leuk Res*. 2011 Sep;35(9):1164-9.
 87. Li J, Xu G, Yu S, He L, Guo L. Dasatinib treatment for imatinib resistant or intolerant patients with chronic myeloid leukaemia. *J Int Med Res*. 2011;39(2):337-47.
 88. Saglio G, Hochhaus A, Goh YT, Masszi T, Pasquini R, Maloisel F, et al. Dasatinib in imatinib-resistant or imatinib-intolerant chronic myeloid leukemia in blast phase after 2 years of follow-up in a phase 3 study: efficacy and tolerability of 140 milligrams once daily and 70 milligrams twice daily. *Cancer*. 2010 Aug 15;116(16):3852-61.
 89. de Lavallade H, Punnialingam S, Milojkovic D, Bua M, Khorashad JS, Gabriel IH, et al. Pleural effusions in patients with chronic myeloid leukaemia treated with dasatinib may have an immune-mediated pathogenesis. *Br J Haematol*. 2008 May;141(5):745-7.
 90. Quintas-Cardama A, Kantarjian H, Ravandi F, O'Brien S, Thomas D, Vidal-Senmache G, et al. Bleeding diathesis in patients with chronic myelogenous leukemia receiving dasatinib therapy. *Cancer*. 2009 Jun 1;115(11):2482-90.
 91. Silaber C, Herrmann H, Bennett K, Rix U, Baumgartner C, Böhm A, et al. Immunosuppression and atypical infections in CML patients treated with dasatinib at 140 mg daily. *Eur J Clin Invest*. 2009 Dec;39(12):1098-109.
 92. Breccia M, Latagliata R, Stagno F, Luciano L, Gozzini A, Castagnetti F, et al. Charlson comorbidity index and adult comorbidity evaluation-27 scores might predict treatment compliance and development of pleural effusions in elderly patients with chronic myeloid leukemia treated with second-line dasatinib. *Haematologica*. 2011 Oct;96(10):1457-61.
 93. Tanaka C, Yin OQ, Sethuraman V, Smith T, Wang X, Grouss K, et al. Clinical pharmacokinetics of the BCR-ABL tyrosine kinase inhibitor nilotinib. *Clin Pharmacol Ther*. 2010 Feb;87(2):197-203.
 94. Giles FJ, Kantarjian HM, le Coutre PD, Baccarani M, Mahon FX, Blakesley RE, et al. Nilotinib is effective in imatinib-resistant or -intolerant patients with chronic myeloid leukemia in blastic phase. *Leukemia*. 2012 May;26(5):959-62.
 95. Etienne G, Milpied B, Rea D, Rigal-Huguet F, Tulliez M, Nicolini FE. (Guidelines for the management of nilotinib (Tasigna)-induced side effects in chronic myelogenous leukemia: recommendations of French Intergroup of CML (FI-LMC group)). *Bull Cancer*. 2010 Aug;97(8):997-1009.
 96. Baccarani M, Saglio G, Goldman J, Hochhaus A, Simonsson B, Appelbaum F, et al. Evolving concepts in the management of chronic myeloid leukemia: recommendations from an expert panel on behalf of the European LeukemiaNet. *Blood*. 2006 Sep 15;108(6):1809-20.
 97. Baccarani M, Castagnetti F, Gugliotta G, Palandri F, Soverini S. Response definitions and European LeukemiaNet Management recommendations. *Best Pract Res Clin Haematol*. 2009 Sep;22(3):331-41.
 98. Buno I, Wyatt WA, Zinsmeister AR, Dietz-Band J, Silver RT, Dewald GW. A special fluorescent in situ hybridization technique to study peripheral blood and assess the effectiveness of interferon therapy in chronic myeloid leukemia. *Blood*. 1998 Oct 1;92(7):2315-21.
 99. Jabbour E, Jones D, Kantarjian HM, O'Brien S, Tam C, Koller C, et al. Long-term outcome of patients with chronic



- myeloid leukemia treated with second-generation tyrosine kinase inhibitors after imatinib failure is predicted by the in vitro sensitivity of BCR-ABL kinase domain mutations. *Blood*. 2009 Sep 3;114(10):2037-43.
100. Chu S, Xu H, Shah NP, Snyder DS, Forman SJ, Sawyers CL, et al. Detection of BCR-ABL kinase mutations in CD34+ cells from chronic myelogenous leukemia patients in complete cytogenetic remission on imatinib mesylate treatment. *Blood*. 2005 Mar 1;105(5):2093-8.
 101. Corbin AS, La Rosee P, Stoffregen EP, Druker BJ, Deininger MW. Several Bcr-Abl kinase domain mutants associated with imatinib mesylate resistance remain sensitive to imatinib. *Blood*. 2003 Jun 1;101(11):4611-4.
 102. Willis SG, Lange T, Demehri S, Otto S, Crossman L, Niederwieser D, et al. High-sensitivity detection of BCR-ABL kinase domain mutations in imatinib-naïve patients: correlation with clonal cytogenetic evolution but not response to therapy. *Blood*. 2005 Sep 15;106(6):2128-37.
 103. Khorashad JS, Anand M, Marin D, Saunders S, Al-Jabary T, Iqbal A, et al. The presence of a BCR-ABL mutant allele in CML does not always explain clinical resistance to imatinib. *Leukemia*. 2006 Apr;20(4):658-63.
 104. Sherbenou DW, Wong MJ, Humayun A, McGreevey LS, Harrell P, Yang R, et al. Mutations of the BCR-ABL kinase domain occur in a minority of patients with stable complete cytogenetic response to imatinib. *Leukemia*. 2007 Mar;21(3):489-93.
 105. Mahon FX, Belloc F, Lagarde V, Chollet C, Moreau-Gaudry F, Reiffers J, et al. MDR1 gene overexpression confers resistance to imatinib mesylate in leukemia cell line models. *Blood*. 2003 Mar 15;101(6):2368-73.
 106. Zhang WW, Cortes JE, Yao H, Zhang L, Reddy NG, Jabbour E, et al. Predictors of primary imatinib resistance in chronic myelogenous leukemia are distinct from those in secondary imatinib resistance. *J Clin Oncol*. 2009 Aug 1;27(22):3642-9.
 107. Soverini S, Hochhaus A, Nicolini FE, Gruber F, Lange T, Saglio G, et al. BCR-ABL kinase domain mutation analysis in chronic myeloid leukemia patients treated with tyrosine kinase inhibitors: recommendations from an expert panel on behalf of European LeukemiaNet. *Blood*. 2011 Aug 4;118(5):1208-15.
 108. Quintas-Cardama A, Kantarjian H, Jones D, Nicaise C, O'Brien S, Giles F, et al. Dasatinib (BMS-354825) is active in Philadelphia chromosome-positive chronic myelogenous leukemia after imatinib and nilotinib (AMN107) therapy failure. *Blood*. 2007 Jan 15;109(2):497-9.
 109. an Waas M, Neggers SJ, van der Leij AJ, Pieters R, van den Heuvel-Eibrink MM. The metabolic syndrome in adult survivors of childhood cancer, a review. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2010 Apr;32(3):171-9.
 110. Jung HS, Myung SK, Kim BS, Seo HG. Metabolic syndrome in adult cancer survivors: a meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract*. 2012 Feb;95(2):275-82.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**HIDROXIUREIA**

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de HIDROXIUREIA para o tratamento da Leucemia Mielóide Crônica.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____

(nome do médico que prescreveu).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- » diminuição temporária das contagens de glóbulos brancos no sangue;
- » melhora temporária da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- » não se sabe ainda ao certo os riscos do uso de hidroxureia na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- » homens e mulheres com vida sexual ativa devem usar meios de contracepção adequados durante a terapia com hidroxureia;
- » a hidroxureia é excretada no leite humano. Pelo o potencial de causar reações adversas sérias em lactentes, deve-se decidir entre suspender a amamentação ou o tratamento, levando-se em conta a importância do medicamento para a sobrevivência da mãe;
- » efeitos adversos da hidroxureia - depressão da medula óssea (leucopenia, anemia e trombocitopenia); estomatite, anorexia, náuseas, vômitos, diarreia e constipação; erupções maculopapulares, eritema facial e periférico, ulceração da pele, hiperpigmentação, eritema, atrofia da pele e unhas, descamação, pápulas violáceas e alopecia em alguns pacientes após vários anos de terapia de manutenção diária (longa duração) com a hidroxureia; câncer de pele tem sido raramente observado; letargia, raros casos de cefaleia, tontura, desorientação, alucinações e convulsões; elevação dos níveis séricos de ácido úrico, ureia e creatinina; Febre, calafrios, mal-estar, astenia e elevação de enzimas hepáticas; raramente pode ocorrer reações pulmonares agudas (infiltrados pulmonares difusos, fibrose e dispnéia).
- » contraindicado em casos de alergia (hipersensibilidade) aos componentes do medicamento;
- » risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos;
- » Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local: _____		Data: _____	
Nome do paciente: _____			
Cartão Nacional de Saúde: _____			
Nome de responsável legal: _____			
Documento de identificação do responsável legal: _____			
_____ Assinatura do responsável legal ou do paciente			
Médico responsável:	CRM:	UF:	
_____ Assinatura e carimbo do médico			
Data: _____			

Observação: Este Termo é obrigatório ao início do tratamento e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada no prontuário, e a outra entregue ao usuário ou ao seu responsável legal.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ALFA- INTERFERONA

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de Interferona Alfa para o tratamento da Leucemia Mieloide Crônica.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____

_____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- » diminuição das contagens de glóbulos brancos no sangue;
- » chance de controle da doença por longo prazo.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- » não se sabe ainda ao certo os riscos do uso de interferona alfa na gravidez; portanto, caso engravide, deve avisar imediatamente o médico. No entanto, o interferona alfa pode ser a opção mais segura de tratamento caso ocorra gravidez, em comparação com os medicamentos antineoplásicos alternativos.
- » homens e mulheres com vida sexual ativa devem usar meios de contracepção adequados durante a terapia com interferona alfa;
- » não existe dados sobre a excreção do interferona alfa no leite humano. Como muitos medicamentos são excretados no leite humano e pelo o potencial de causar reações adversas sérias em lactentes, deve-se decidir entre descontinuar a amamentação ou o tratamento, levando-se em conta a importância do medicamento para a sobrevivência da mãe;
- » efeitos adversos do interferona alfa - Sintomas gerais: a maioria dos pacientes apresenta sintomas semelhantes aos de gripe, tais como: fadiga, febre, calafrios, anorexia, mialgia, cefaleia, artralgias e sudorese. Estes sintomas são geralmente reduzidos ou eliminados pelo uso do paracetamol e tendem a diminuir com a continuação do tratamento, embora esta possa levar à letargia, fraqueza e fadiga. Trato gastrointestinal: anorexia, náuseas, vômitos, alterações do paladar, boca seca, perda de peso, diarreia e dor abdominal leve a moderada, constipação, flatulência; foram relatados casos isolados de reativação de úlcera péptica e sangramento gastrointestinal sem risco de vida para o paciente; alterações das funções hepáticas, caracterizadas por elevação de transaminases, fosfatase alcalina, desidrogenase lática e bilirrubina. Sistema nervoso: parestesia, tontura, vertigem, distúrbios visuais, diminuição da capacidade mental, esquecimento, depressão, sonolência, confusão; distúrbios de comportamento, como ansiedade e nervosismo, e distúrbios do sono; complicações raras incluem comportamento suicida, sonolência profunda, convulsões, coma, reações adversas cerebrovasculares, impotência transitória e retinopatia isquêmica. Sistema cardiovascular e pulmonar: episódios de hipotensão e hipertensivos passageiros, edema, cianose, arritmias, palpitações e dor no peito; tosse e dispnéia de caráter moderado raramente foram observadas. Pele, mucosas e anexos: reações cutâneas no local da administração, reagravamento de herpes labial, exantema, prurido, ressecamento cutâneo e das mucosas, rinorreia, epistaxe e alopecia. Raramente observou-se diminuição da função renal, elevações dos níveis séricos de ureia, creatinina e ácido úrico. Pode ocorrer leucopenia transitória, trombocitopenia e anemia.
- » contraindicado em casos de alergia (hipersensibilidade) aos componentes do medicamento;
- » risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local: _____	Date: _____	
Nome do paciente: _____		
Cartão Nacional de Saúde: _____		
Nome de responsável legal: _____		
Documento de identificação do responsável legal: _____		

Assinatura do responsável legal ou do paciente		
Médico responsável: _____	CRM: _____	UF: _____

Assinatura e carimbo do médico		
Data: _____		

Observação: Este Termo é obrigatório ao início do tratamento e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada no prontuário, e a outra entregue ao usuário ou ao seu responsável legal.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**MESILATO DE IMATINIBE**

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de MESILATO DE IMATINIBE para o tratamento da leucemia mieloide crônica (LMC).

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- » diminuição das contagens de glóbulos brancos no sangue;
- » chance de controle da doença por longo prazo;
- » melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- » o mesilato de imatinibe é utilizado para o tratamento da LMC em fases crônica, de transformação e blástica;
- » o mesilato de imatinibe não pode ser usado durante a gravidez pelo risco de má-formação do feto;
- » homens e mulheres com vida sexual ativa devem usar meios de contracepção adequados durante a terapia com mesilato de imatinibe;
- » o mesilato de imatinibe é excretado no leite humano. Devido à incerteza sobre a segurança do medicamento em lactentes, deve-se decidir entre descontinuar a amamentação ou o tratamento, levando-se em conta a importância do medicamento para a sobrevivência da mãe.
- » efeitos adversos: astenia, cefaleia, tontura, alterações no paladar, parestesia, insônia, náuseas, vômitos, diarreia, mialgia, câibras musculares, artralgia, erupção cutânea, edemas superficiais periorbitários ou dos membros inferiores, alopecia, conjuntivite, hiperlacrimação, dispnéia, epistaxe, neutropenia, trombocitopenia e anemia são frequentes. Raramente ocorrem derrame pleural, ascite, edema pulmonar e aumento rápido de peso com ou sem edema superficial, desidratação, hiperuricemia, hipocalcemia, gota, hipotofalémia, hipercalemia, hiponatremia, depressão, ansiedade, diminuição da libido, confusão mental, hemorragia cerebral, síncope, neuropatia periférica, hipoestesia, sonolência, enxaqueca, comprometimento da memória, edema macular, papiledema, hemorragia retiniana, hemorragia vítrea, glaucoma, vertigem, zumbido, insuficiência cardíaca, edema pulmonar, taquicardia, pericardite, temporamento cardíaco, hematoma, hipertensão, hipotensão, rubor, extremidades frias, tromboembolismo, fibrose pulmonar, pneumonite intersticial, hemorragia gastrointestinal, melena, ascite, úlcera gástrica, gastrite, eructação, boca seca, colite, diverticulite, obstrução intestinal, pancreatite, icterícia, hepatite, hiperbilirrubinemia, insuficiência hepática, petéquias, sufusão, aumento da sudorese, urticária, onicodaxia, reações de fotossensibilidade, púrpura, hipotricose, queilite, hiperpigmentação da pele, hipopigmentação da pele, psoríase, dermatite esclerótica, erupções bolhosas, angioedema, erupção cutânea vesicular, síndrome de Stevens-Johnson, dermatose neutrofila febril aguda (síndrome de Sweet), dor cabeça, rigidez articular e muscular, necrose avascular, osteonecrose de quadril, insuficiência renal, dor renal, poliúria, hematúria, ginecomastia, edema escrotal, menorragia, dor no mamilo e disfunção sexual.
- » contraindicação em casos de alergia (hipersensibilidade) aos componentes do medicamento.
- » risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos.

Devo informar ao meu médico qualquer uso de medicamentos, suplementos nutricionais ou produtos naturais durante o uso do mesilato de imatinibe.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não.

Local: _____	Date: _____	
Nome do paciente: _____		
Cartão Nacional de Saúde: _____		
Nome do responsável legal: _____		
Documento de identificação do responsável legal: _____		

Assinatura do responsável legal ou do paciente		
Médico responsável: _____	CRM: _____	UF: _____

Assinatura e carimbo do médico		
Data: _____		

Observação: Este Termo é obrigatório ao início do tratamento e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada no prontuário, e a outra entregue ao usuário ou ao seu responsável legal.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

DASATINIBE

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de DASATINIBE para o tratamento da leucemia mieloide crônica (LMC).

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- » diminuição das contagens de glóbulos brancos no sangue;
- » chance de controle da doença por longo prazo;
- » melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- » o dasatinibe é utilizado para o tratamento da LMC em fases crônica, de transformação e blástica;
- » o dasatinibe não pode ser usado durante a gravidez pelo risco de má-formação do feto;
- » homens e mulheres com vida sexual ativa devem usar meios de contracepção adequados durante a terapia com dasatinibe;
- » o dasatinibe pode ser excretado no leite humano. Devido à incerteza sobre a segurança do medicamento em lactentes, deve-se decidir entre descontinuar a amamentação ou o tratamento, levando-se em conta a importância do medicamento para a sobrevivência da mãe;
- » as seguintes situações podem ser sinais de efeitos secundários graves e devem ser imediatamente comunicadas ao seu médico: dor no peito, dificuldade em respirar, tosse e desmaio; hemorragias inesperadas ou formação de manchas arroxeadas na pele sem ter tido uma lesão; presença de sangue no vômito, nas fezes ou na urina; fezes enegrecidas; sinais de infecção, como febre ou calafrios;
- » efeitos adversos muito frequentes (afetam mais de 1 doente em cada 10): Infecções, incluindo infecção bacteriana, viral e fungica; Coração e pulmões: falta de ar, tosse; Problemas digestivos: diarreia, náuseas e vômitos; Pele, cabelo, olhos e sintomas gerais: erupção na pele, febre, inchaço em volta das mãos e dos pés, dores de cabeça, sensação de cansaço ou fraqueza, hemorragia; Dor: dores musculares, dor abdominal (barriga); Os exames podem mostrar: baixo número de plaquetas, baixo de número de glóbulos brancos (neutropenia), anemia, líquido em volta dos pulmões;
- » efeitos adversos frequentes (afetam 1 a 10 doentes em cada 100): Infecções: pneumonia, infecção viral por herpes, infecção das vias respiratórias superiores, infecção grave do sangue ou dos tecidos (incluindo destechos fatais); Coração e pulmões: palpitações, insuficiência cardíaca congestiva, distensão cardíaca, pressão arterial elevada, pressão sanguínea aumentada nas artérias que fornecem sangue aos pulmões; Problemas digestivos: perda de apetite, alteração do paladar, acúmulo de líquido no abdome, inflamação do cólon (intestino), prisão de ventre, azia, ulceração na boca, gastrite; Pele, cabelo, olhos e sintomas gerais: aumento de peso por retenção de líquidos, inchaço (edema) generalizado, perda de peso, sensação de formigamento, prurido, pele seca, acne, inflamação da pele, ruído persistente nos ouvidos, queda de cabelo, transpiração excessiva, insônia, vermelhidão, tonturas, sonolência; Dor: dor nas articulações, fraqueza muscular, dor no peito, dor em volta das mãos e dos pés, amplos, rigidez nos músculos e nas articulações, espasmos musculares; Os exames podem mostrar: líquido em volta do coração, líquido nos pulmões, arritmia, neutropenia febril, alterações em todas as células sanguíneas, hemorragia gastrointestinal, níveis elevados de ácido úrico no sangue;
- » efeitos secundários pouco frequentes (afetam 1 a 10 doentes em cada 1.000): Coração e pulmões: ataque cardíaco (incluindo destechos fatais), inflamação da membrana que reveste o coração (pericardite), ritmo cardíaco irregular, dor no peito por falta de fornecimento de sangue ao coração (angina), pressão arterial baixa, estreitamento das vias respiratórias que pode provocar dificuldades em respirar, asma; Problemas digestivos: inflamação do pâncreas, úlcera péptica, inflamação do tubo digestivo, abdome (barriga) inchado, fissura na pele do canal anal, dificuldade em engolir, inflamação da vesícula biliar, bloqueio dos ductos biliares; Pele, cabelo, olhos e sintomas gerais: reações alérgicas, incluindo nódulos vermelhos e moles na pele (ortorria nodosa), ansiedade, confusão, alterações do humor, diminuição do desejo sexual, desmaios, tremor, inflamação do olho que provoca vermelhidão ou dor, uma doença na pele caracterizada por placas vermelhas, moles e bem definidas, acompanhadas de febre de início rápido e elevação do número de células brancas no sangue (dermatose neutrofílica febril aguda), sensibilidade à luz, alteração na coloração da pele, inflamação do tecido subcutâneo, úlceras na pele, bolhas na pele, alterações nas urinas, alterações nos pés e mãos, insuficiência renal, aumento da frequência em urinar, aumento das mamas nos homens, menstruações irregulares, desconforto e fraqueza geral, intolerância à temperatura; Dor: inflamação das veias que pode provocar vermelhidão, sensibilidade ao toque e inchaço, inflamação do tendão; Cérebro: perda de memória; Os exames podem mostrar: resultados

anormais nos testes sanguíneos e possível diminuição da função dos rins, pela destruição rápida de células tumorais (síndrome do lise tumoral), níveis baixos de albumina no sangue, hemorragia no cérebro, atividade elétrica irregular do coração, aumento do coração, inflamação do fígado, presença de proteínas na urina, creatinafosfoquinase aumentada (uma enzima normalmente encontrada no coração, no cérebro e nos músculos esqueléticos).

- » efeitos adversos raros (afetam 1 a 10 doentes em cada 10.000): Coração e pulmões: aumento do ventrículo direito no coração, inflamação do músculo do coração, conjunto de condições que resultam na interrupção do fornecimento de sangue ao músculo cardíaco (síndrome coronariana aguda); Problemas digestivos: obstrução do intestino; Pele, cabelo, olhos e sintomas gerais; convulsões, inflamação do nervo ótico que pode provocar perda total ou parcial da visão; diminuição da visão; manchas azul-arroxeadas na pele; Cérebro: AVC (acidente cerebrovascular), episódio temporário de disfunção neurológica provocado por perda de fluxo sanguíneo, paralisia do nervo facial; Os exames podem mostrar: produção insuficiente de células vermelhas do sangue.
- » outros efeitos adversos que foram comunicados (frequência desconhecida) incluem: inflamação dos pulmões, alterações nos vasos sanguíneos que fornecem sangue aos pulmões e coágulos de sangue nos vasos sanguíneos (trombose).
- » contraindicado em casos de alergia (hipersensibilidade) aos componentes do medicamento;
- » risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos.

Devo informar ao meu médico qualquer uso de medicamentos, suplementos nutricionais ou produtos naturais durante o uso do dasatinibe.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local: _____		Data: _____	
Nome do paciente: _____			
Cartão Nacional de Saúde: _____			
Nome de responsável legal: _____			
Documento de identificação do responsável legal: _____			
_____ Assinatura do responsável legal ou do paciente			
Médico responsável:	CRM:	UF:	
_____ Assinatura e carimbo do médico			
Data: _____			

Observação: Este Termo é obrigatório ao início do tratamento e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada no prontuário, e a outra entregue ao usuário ou ao seu responsável legal.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

NLOTINIBE

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de Nilotinibe para o tratamento da leucemia mieloide crônica (LMC).

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- » diminuição das contagens de glóbulos brancos no sangue;
- » chance de controle da doença por longo prazo;
- » melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- » o nilotinibe é utilizado para o tratamento da LMC em fases crônica e de transformação, mas não em fase blástica;
- » o nilotinibe não pode ser usado durante a gravidez pelo risco de má-formação do feto;
- » homens e mulheres com vida sexual ativa devem usar meios de contracepção adequados durante a terapia com nilotinibe;
- » o nilotinibe pode ser excretado no leite humano. Devido à incerteza sobre a segurança do medicamento em lactentes, deve-se decidir entre descontinuar a amamentação ou o tratamento, levando-se em conta a importância do medicamento para a sobrevivência da mãe;
- » as seguintes situações podem ser sinais de efeitos secundários graves e devem ser imediatamente comunicadas ao seu médico: aumento de peso rápido; inchaço das mãos, tornozelos, pés ou face; dor no peito, pressão arterial elevada, ritmo cardíaco irregular, coloração azul nos lábios, língua ou pele; dificuldade em respirar, tosse, chiado no peito, inchaço dos pés ou pernas; hemorragias inesperadas ou formação de manchas arroxeadas na pele sem ter tido uma lesão; presença de sangue no vômito, nas fezes ou na urina; fezes enegrecidas; sinais de infecção, como febre ou calafrios; visão turva, perda de visão; dor abdominal, náuseas, obstipação, abdome distendido; pele e olhos amarelados, urina de cor escura; sede excessiva, elevado volume urinário; aumento do apetite com perda de peso, cansaço; dor, desconforto, fraqueza ou câibras nos músculos das pernas, úlceras nas pernas ou braços que cicatrizam lentamente ou que não cicatrizam, e mudanças visíveis de cor (azulada ou palidez) ou diminuição da temperatura afetando todo um membro (perna ou braço) ou sua extremidade (dedos dos pés e das mãos).

Se sentir qualquer um destes efeitos, informe o seu médico imediatamente:

- » efeitos adversos muito frequentes (podem afetar mais de 1 em cada 10 doentes): dores de cabeça; cansaço; dor muscular; prurido, eritema, urticária; náuseas; nível elevado de bilirrubina no sangue (disfunção hepática); nível elevado de lipase no sangue (disfunção pancreática);
- » efeitos adversos frequentes (podem afetar até 1 em 10 doentes): diarreia, vômitos, desconforto abdominal, desconforto gástrico após as refeições, fletulência, inchaço ou distensão do abdome; dor óssea, dor nas articulações, espasmos musculares, dor nas extremidades, dor nas costas, dor ou desconforto num lado do corpo; irritação, inchaço, secreção, prurido ou vermelhidão nos olhos, olhos secos; vermelhidão da pele, pele seca, acne, verrugas, diminuição da sensibilidade da pele; perda de apetite, alterações do paladar; aumento de peso; perda de cabelo; tontura; insônia, ansiedade; suores noturnos, sudorese excessiva; palpitações (sensação de batimento car);
- » efeitos adversos pouco frequentes (podem afetar até 1 em 100 doentes): lesões dolorosas na pele; inchaço nas pálpebras; sangramento do nariz; sinfonia gripal; sensação de formigamento ou adormecimento na pele; alterações visuais; sensação de alteração de temperatura do corpo (incluindo sensação de calor e sensação de frio); placas espessadas da pele vermelhas e descamação;
- » outros efeitos adversos que foram comunicados (frequência desconhecida) incluem: perda de memória, humor alterado ou depressivo, perda de energia, sensação geral de mal-estar; infecção bacteriana da pele; monilíase oral; bolhas, quistos na pele, pele oleosa, adelgaçamento da pele, manchas escuras da pele, descoloração da pele; sensibilidade aumentada da pele; sensibilidade dentária, hemorragia (sangramento), sensibilidade e aumento do tamanho das gengivas; boca seca, garganta inflamada e aftas; tremores; dor e inchaço de articulações (gota); fraqueza muscular; inconsciência; dificuldade e dor ao urinar, sensação exagerada de necessidade de urinar; produção de urina frequente, cor anormal da urina; sensação de endurecimento do peito; períodos menstruais extensos, inchaço dos mamilos; dores de cabeça graves, acompanhadas por náuseas, vômitos

e sensibilidade à luz; azia; desenvolvimento mamário nos homens; síndrome das pernas inquietas (uma vontade irresistível de mover uma parte do corpo, normalmente as pernas, acompanhada por sensações desconfortáveis).

- » contraindicado em casos de alergia (hipersensibilidade) aos componentes do medicamento;
- » risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos.
- » Devo informar ao meu médico qualquer uso de medicamentos, suplementos nutricionais ou produtos naturais durante o uso do nifedipina.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local: _____ Data: _____

Nome do paciente: _____

Cartão Nacional de Saúde: _____

Nome de responsável legal: _____

Documento de identificação do responsável legal: _____

Assinatura do responsável legal ou do paciente

Médico responsável: _____

CRM: _____

UF: _____

Assinatura e carimbo do médico

Data: _____

Observação: Este Termo é obrigatório ao início do tratamento e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada no prontuário, e a outra entregue ao usuário ou ao seu responsável legal.

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B NO ADULTO

Portaria SAS/MS nº 956, de 26 de setembro de 2014.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada em 30/01/2012 uma busca na base eletrônica Medline, acessada via PubMed, utilizando os descritores de interesse para linfoma difuso de grandes células B ("Diffuse Large B-Cell Lymphoma"): (systematic review (ti) OR meta-analysis (pt) OR meta-analysis (ti) OR systematic literature review (ti) OR (systematic review (tiab) AND review (pt)) OR consensus development conference (pt) OR practice guideline (pt) OR cochrane database syst rev (ta) OR acp journal club (ta) OR health technol assess (ta) OR evid rep technol assess summ (ta) OR (evidence based(ti) OR evidence-based medicine (mh) OR best practice* (ti) OR evidence synthesis (tiab)) AND (review (pt) OR diseases category(mh) OR behavior and behavior mechanisms (mh) OR therapeutics (mh) OR evaluation studies(pt) OR validation studies(pt) OR guideline (pt))) OR ((systematic (tw) OR systematically (tw) OR critical (tiab) OR (study selection (tw) OR (predetermined (tw) OR inclusion (tw) AND criteri* (tw) OR exclusion criteri* (tw) OR main outcome measures (tw) OR standard of care (tw) OR standards of care (tw)) AND (survey (tiab) OR surveys (tiab) OR overview* (tw) OR review (tiab) OR reviews (tiab) OR search* (tw) OR handsearch (tw) OR analysis (tiab) OR critique (tiab) OR appraisal (tw) OR reduction (tw)AND (risk (mh) OR risk (tw)) AND (death OR recurrence))) AND (literature (tiab) OR articles (tiab) OR publications (tiab) OR publication (tiab) OR bibliography (tiab) OR bibliographies (tiab) OR published (tiab) OR unpublished (tw) OR citation (tw) OR citations (tw) OR database (tiab) OR internet (tiab) OR textbooks (tiab) OR references (tw) OR scales (tw) OR papers (tw) OR datasets (tw) OR trials (tiab) OR meta-analy* (tw) OR (clinical (tiab) AND studies (tiab)) OR treatment outcome (mh) OR treatment outcome (tw))) NOT (letter (pt) OR newspaper article (pt) OR comment (pt)).

Entre 103 referências encontradas, as 64 mais recentes (últimos cinco anos) foram selecionadas para revisão, das quais foram incluídos 22 estudos clínicos e meta-análises referentes a tratamento; e não foram considerados 20 estudos de ciência básica ou pré-clínica; 13 artigos sobre doenças fora do escopo deste Protocolo; 7 revisões narrativas ou estudos opinativos; e 2 textos sobre produtos sem registro na ANVISA.

2 INTRODUÇÃO

Os linfomas (Doença de Hodgkin e Linfomas não-Hodgkin) constituem um grupo de doenças neoplásicas malignas que se originam de células do sistema imunológico. Os Linfomas não-Hodgkin (LNH) agressivos compreendem um grupo biológica e clinicamente heterogêneo de hemopatias malignas. Destes, o Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGC B) é o mais comum, correspondendo a cerca de 40% dos novos casos diagnosticados e a cerca de 30% de todos os casos de LNH. Juntamente com o Linfoma de Burkitt, o LDGC B é dos mais incidentes em indivíduos HIV positivos(1-4).

O LDGC B pode-se manifestar nos linfonodos ou sítios extra-nodais, como osso, pele, tireoide, trato gastro-intestinal (TGI), sistema nervoso central (SNC) e testículo. A taxa de resposta completa (RC) a diversos tratamentos do LDGC B, encontrada em muitos estudos, varia entre 70% e 80%; e, há 25 anos, o tratamento padrão, com um índice de cura dos doentes adultos com LDGC B de 30% a 40%, é o CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona)(5-7).

Consultores: Jane de Almeida Dobbin e Carlos Chiatonne

Editores: Maria Inez Fordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

O Rituximabe é um anticorpo monoclonal quimérico contra o antígeno CD 20 presente na superfície dos linfócitos B normais e neoplásicos, que, quando associado ao CHOP (R-CHOP), conforme demonstrado estatisticamente, aumenta os percentuais de RC, de SLD e de sobrevida global (SG). Os resultados estatísticos conhecidos de pesquisas feitas com o R-CHOP mostram um aumento de 20,6% na taxa de RC e uma diminuição de 31% no risco de morte em 04 anos. Um estudo da University of British Columbia (Vancouver, Canadá) mostrou que doentes com linfomas agressivos de célula B tratados com R-CHOP tiveram uma melhora absoluta de 18% na sobrevida livre de doença (SLD) em 02 anos e de 25% na sobrevida global (SG), quando comparado aos esquemas semelhantes ao CHOP, resultando numa diminuição de aproximadamente 50% no risco de morte nos primeiros 02 anos do diagnóstico(8-10).

As taxas de SLD e SG dos doentes tratados com o R-CHOP permanecem estatisticamente superiores no seguimento de 05 anos. Em revisões sistemáticas envolvendo doentes de LDGC B, o uso associado na quimioterapia com finalidade curativa apresentou um impacto de mais de 11% de probabilidade de sobrevida em 36 meses. Quando comparados CHOP versus R-CHOP, os seguintes resultados se apresentaram no estudo GELA (idosos): 53% versus 36% vivos em 07 anos; no estudo E4494 (idosos): 74% versus 63% vivos em 02 anos; e no estudo MinT (adultos): 95% versus 86% vivos. A quimioterapia com Rituximabe, no Canadá, aumentou a sobrevida em 2 anos para idosos (67% vs 40%) e adultos (87% vs 69%) com LDGC B(11-13).

Não se recomenda o uso de Rituximabe em doentes de LDGC B com anti-HIV positivo, mesmo em associação a terapia anti-retroviral muito ativa e antibioticoterapia profilática, particularmente se os doentes apresentam contagem baixa de linfócitos CD4(14,15).

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- » C83.3 Linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células, reticulossarcoma ou sarcoma de células reticulares.

4 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

O diagnóstico de LDGC B é estabelecido pela biópsia do tumor e, ao exame imuno-histoquímico ou de citometria de fluxo, a identificação de antígenos de linfócitos B (CD 19, 20, 22 e 79a), CD 45 e IgM de superfície(3,6,16).

Os seguintes exames são necessários para a avaliação inicial do doente e da extensão da doença (estadiamento):

- » Exame físico;
- » Hemograma completo com contagem de plaquetas e reticulócitos;
- » Teste de Coombs;
- » Desidrogenase láctica sérica;
- » Beta-2-microglobulina;
- » Exame sorológico para hepatite do tipo B e C;
- » Exame sorológico para HIV;
- » Biópsia de medula óssea;
- » Tomografia computadorizada (TC) tóraco-abdômino-pélvica ou Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT); e
- » Exame do líquor em caso de infiltração linfomatosa da medula óssea, SNC ou estrutura na cabeça e pescoço.

O sistema de estadiamento preconizado é dado pela classificação - TNM - Classificação de Tumores Malignos - UICC (Ann Arbor)(17), em quatro estágios tumorais (estádios):

ESTÁDIO	EXTENSÃO DA DOENÇA	SUBESTÁDIO
I	Cadeia linfonodal única. Localização/órgão extralinfático único, localizado.	IE
II	Duas ou mais cadeias linfonodais, mesmo lado do diafragma. Local/órgão extra-linfático único, localizado, com seus linfonodos regionais, com ou sem outras cadeias linfonodais do mesmo lado do diafragma.	IIIE
	Cadeias linfonodais em ambos os lados do diafragma com ou sem local/órgão extralinfático único, localizado.	IIIE
III	Baço:	IIIS
	Ambos:	IIIE+S
IV	Comprometimento difuso ou multifocal de órgão(s) extralinfático(s) com ou sem linfonodo(s) regional(is); órgão extralinfático isolado e linfonodos não regionais.	
Qualquer	Sem perda de peso/febre/sudorese.	A
	Com perda de peso/febre/sudorese.	B

Com a finalidade de estimar prognóstico, recomenda-se registrar o número de fatores de risco segundo o Índice Prognóstico Internacional (IPI), entre os seguintes: idade maior do que 60 anos, estágio III ou IV, acometimento de mais de um sítio extra-nodal, performance status maior do que 2 e dosagem sérica de desidrogenase láctica além do limite máximo normal.

De acordo com o número de fatores presentes, classificam-se os seguintes grupos de risco(2,6):

- » Baixo risco: 0 ou 1 fator de risco;
- » Risco intermediário-baixo: 2 fatores de risco;
- » Risco intermediário-alto: 3 fatores de risco;
- » Alto risco: 4 ou 5 fatores de risco.

O IPI foi desenvolvido a partir de informações históricas sobre o tratamento de doentes com linfoma antes da introdução do rituximabe. Para doentes tratados com esquemas terapêuticos, quimioterápicos, contendo este medicamento, um agrupamento mais simples fornece boa discriminação prognóstica(18):

- » Baixo risco: nenhum fator de risco;
- » Risco intermediário: 1 ou 2 fatores de risco;
- » Alto risco: 3, 4 ou 5 fatores de risco.

Nos doentes com LDGC e infecção por HIV, o diagnóstico prévio de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA) e presença de 3 ou mais fatores de risco pelo IPI parecem indicar pior prognóstico(4).

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- » Idade de 18 ou mais anos.
- » Diagnóstico inequívoco de LDGC B.

Nota: Doentes com LDGC B com menos de 18 anos devem ser avaliados e tratados segundo protocolos institucionais.

6 OPÇÕES TERAPÊUTICAS

6.1 QUIMIOTERAPIA DE 1ª LINHA

6.1.1 CHOP

- » Ciclofosfamida – 750mg/m² – EV – Dia 1
- » Doxorubicina – 50mg/m² – EV – D1
- » Vincristina – 1,4mg/m² (máximo de 2mg) – EV – D1
- » Prednisona – 40mg/m² – VO – D1 a D5

Intervalo de 21 dias

Total de ciclos = 06, podendo ser 08, se não se alcançar RC após o 4º ciclo ou se houver doença residual após o 6º ciclo. Porém, o tratamento deve ser suspenso na ausência de resposta após o 4º ciclo ou se houver progressão da doença na vigência da quimioterapia.

NOTA: O CHOP aqui descrito, caracterizado como CHOP-21, pode ser substituído pelo CHOP-14. Embora haja outros esquemas quimioterápicos de 1ª linha, o CHOP deve ser considerado o de escolha(5).

6.1.2 R-CHOP

Indicado para doentes com mais de 18 anos de idade e diagnóstico histopatológico de LDGC B CD 20 positivo de novo (ou seja, sem ser por evolução de outro tipo de linfoma), excluindo-se linfoma primário cerebral; em estágio III ou IV, ou em estágio I ou II com sintomas B ou com doença volumosa (maior do que 7,5 cm); sem tratamento prévio; e com resultado de exame sorológico negativo para HIV e incompatível com hepatite tipo B e tipo C ativa(9,10). O Rituximabe não é indicado se o CHOP é contra-indicado.

O esquema terapêutico consiste no CHOP (o mesmo do item 6.1.1) associado ao rituximabe (375mg/m² – EV – D1 – antes dos demais quimioterápicos), administrado em intervalo de 21 dias por um total de seis (se se alcançar RC ao 4º ciclo) a oito ciclos (se não se alcançar RC após o 4º ciclo ou se houver doença residual após o 6º ciclo). Porém, o tratamento deve ser suspenso na ausência de resposta após o 4º ciclo ou se houver progressão da doença na vigência da quimioterapia.

6.2 QUIMIOTERAPIA DE 2ª LINHA

Indicada em caso de ausência de resposta após o 4º ciclo, ausência de RC após o 8º ciclo ou progressão na vigência da quimioterapia de 1ª linha, ou à primeira recidiva, utilizando-se esquemas terapêuticos como DHAP, ESHAP, EPOCH, ICE, MINE, com objetivo de identificar casos de doença sensível à quimioterapia e que possam se beneficiar de transplante autólogo de células tronco hematopoéticas (7,19-21).

O total de ciclos é 06, podendo ser 08, se não se alcançar RC após o 4º ciclo ou se houver doença residual após o 6º ciclo, porém, o tratamento deve ser suspenso na ausência de resposta após o 4º ciclo ou se houver progressão da doença na vigência da quimioterapia. O número total de ciclos dependerá da resposta clínica obtida, tolerância do paciente e tratamento subsequentemente indicado – transplante de células-tronco hematopoéticas ou radioterapia.

6.3 QUIMIOTERAPIA DE 3ª LINHA

Indicada com intuito paliativo em casos selecionados, quando houver ausência de resposta, progressão clínica ou recidiva após a quimioterapia de 2ª linha em doente com capacidade funcional classificada como Zubrod 0, 1 ou 2(19,22). Utiliza-se esquema terapêutico não utilizado anteriormente como de 2ª linha.

Total de ciclos = 06, podendo ser 08, se não se alcançar RC após o 4º ciclo ou se houver doença residual após os 06 ciclos. Porém, o tratamento deve ser suspenso na ausência de resposta após o 4º ciclo ou se houver progressão da doença na vigência da quimioterapia.

6.4 FATOR ESTIMULANTE DE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS DE GRANULÓCITOS

Reservado para os casos de doentes intensamente neutropênicos, em intervalo de quimioterapia (fora do nadir) e impedidos de receber a quimioterapia programada(23). Caso as neutropenias (fora do nadir) se repetirem em pelo menos dois ciclos consecutivos, comprovadas por hemograma, pode-se adotar o tratamento profilático com o fator estimulante.

6.5 TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS (TCTH)

A indicação de TCTH autólogo se faz para doentes com recidiva sensível à quimioterapia de 2ª linha, medicamente aptos para o procedimento.

O uso do rituximabe no tratamento inicial não limita a indicação de TCTH, mas pacientes primariamente refratários ou com recidiva resistente ao tratamento de 2ª linha não se beneficiam desta modalidade terapêutica. A obtenção de células-tronco para o procedimento pode ser feita da medula óssea (punção aspirativa) ou, preferencialmente, a partir do sangue periférico (aférese)(25-27).

As indicações e os procedimentos de TCTH devem observar o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplante em vigor no Brasil.

6.6 RADIOTERAPIA

A radioterapia não é uma modalidade terapêutica de uso estabelecido para doentes com LDGC B, ficando a sua utilização a critério das condutas adotadas nos serviços(28,29).

NOTA 1: Embora ainda sem evidência consistente de efetividade, a quimioterapia intratecal profilática tem sido indicada no tratamento inicial ou da doença recidivada, em casos de estágio IV, massa paravertebral e acometimento primário de sites na cabeça.

NOTA 2: Esgotadas as possibilidades terapêuticas descritas no Item 6, o atendimento do doente assume caráter paliativo e deve ser privilegiado o controle de sintomas e a preservação da qualidade de vida.

7 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

7.1 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

O exame físico e os exames complementares de resultado anormal à avaliação inicial do doente e da extensão da doença (estadiamento) devem ser repetidos para a avaliação da resposta terapêutica ao final do 4º ciclo (se o doente apresentar RC ao exame físico) e do último ciclo da quimioterapia planejada (6º, se alcançada RC ao 4º ciclo, ou 8º, se não alcançada RC ao 4º ciclo), sendo a resposta terapêutica assim estabelecida:

- ✦ Resposta Completa (RC) - Quando há o desaparecimento total da(s) lesão(ões) previamente existente(s). Sem aparecimento de novas lesões.
- ✦ Resposta Parcial (RP) - Quando se observa uma redução de, no mínimo, 50% da(s) lesão(ões) previamente existente(s). Sem aparecimento de novas lesões.
- ✦ Doença Estável (DE) - Redução inferior a 50% ou aumento inferior a 25%. Sem aparecimento de novas lesões.
- ✦ Progressão de Doença (PD) - Aumento de 25%, ou mais, no tamanho de uma ou mais lesões, comparado à avaliação prévia, ou aparecimento de uma nova lesão.

NOTA 1: Define-se como Recidiva o reaparecimento de lesão antiga ou o aparecimento de nova lesão, após o alcance de resposta completa.

NOTA 2: A TC é o exame de imagem padrão para avaliar a resposta terapêutica, podendo ser substituída pela PET-CT, se disponível na avaliação final, ao término da quimioterapia.

7.2 CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO

A quimioterapia deve ser suspensa, temporária ou definitivamente, na ocorrência de:

- » Graus de toxicidade 3 e 4, conforme os parâmetros mensuráveis do National Cancer Institute - NCI, de uso internacional.
- » Capacidade funcional do doente, também mensurada como medida dos graus de toxicidade 3 e 4, utilizando-se os critérios propostos pelo Eastern Cooperative Oncology Group - ECOG.
- » Ausência de resposta após o 4º ou o 8º ciclo.
- » Progressão de doença.
- » Falta de aderência ao tratamento.

8 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

O acompanhamento pós-tratamento para doentes com LDGC-B visa à identificação e tratamento de complicações do tratamento e recidivas da doença. Apesar de potencialmente curável, 10% a 65% dos pacientes apresentarão recidiva da doença, a depender do estágio clínico e do IPI; quando a recidiva ocorre após um ano do tratamento, recomenda-se a repetição da biópsia para confirmar o tipo histopatológico do linfoma. Após o tratamento, deve-se atentar para o rastreamento da infertilidade, hipotireoidismo (irradiação do pescoço), cárie e doença periodontal (irradiação da boca e glândulas salivares), mielodisplasia e neoplasias malignas secundárias, tais como leucemia mieloide aguda, câncer de mama, melanoma e câncer do colo uterino(6,34,35).

Inexiste evidência inquestionável de que exames de imagem no paciente em remissão completa possam melhorar a sobrevida com o diagnóstico precoce de recaída. Além do mais, algumas alterações de imagem podem levar a resultado falso positivo, passando esses exames a representarem fonte de ansiedade. Assim, exame de imagem deve ser solicitado conforme os achados anormais ao exame físico, na suspeita de recaída. A PET-CT não deve ser indicada no acompanhamento de doentes com LBGC B tratados.

Além de vacinação anual para influenza e antipneumocócica a cada cinco anos, recomenda-se:

A cada 3 meses, por dois anos e semestral no terceiro ano:

- » Exame físico, atentando em especial para os linfonodos superficiais, pele, tireoide, tórax e abdome; e
- » Hemograma e dosagem de desidrogenase lática sérica; e
- » Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH), se houve irradiação do pescoço.

A cada 6 meses, no quarto e quinto ano de seguimento:

- » Exame físico, atentando em especial para os linfonodos superficiais, pele, tireoide, tórax e abdome; e
- » Hemograma e dosagem de desidrogenase lática sérica.

Anualmente, no quarto e quinto ano de seguimento:

- » Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH), se houve irradiação do pescoço.

9 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu acompanhamento.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, o tratamento, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

Os procedimentos radioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 01) e de transplantes (Grupo 05, Subgrupo 05) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS podem ser acessados, por código do procedimento ou nome do procedimento e por código da CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados.

à Saúde – para a respectiva neoplasia maligna, no SIGTAP-Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/Inicio.jsp>), com versão mensalmente disponibilizada.

São os seguintes os procedimentos da tabela do SUS para a quimioterapia de adultos com linfoma difuso de grandes células B:

03.04.06.013-5 - Quimioterapia de linfoma não Hodgkin de grau de malignidade intermediário ou alto – 1ª linha

03.04.06.022-4 - Quimioterapia de linfoma difuso de grandes células B – 1ª linha (excludente com o procedimento

03.04.06.013-5 - Quimioterapia de Linfoma não Hodgkin de Grau Intermediário ou Alto – 1ª linha)

03.04.06.011-9 - Quimioterapia de linfoma não Hodgkin grau intermediário ou alto - 2ª linha

03.04.06.012-7 - Quimioterapia de linfoma não Hodgkin grau intermediário ou alto - 3ª linha

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Ações de controle e avaliação incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem decrescente - primeira maior do que segunda maior do que terceira – sinaliza a efetividade terapêutica) e análise dos percentuais de LDGC B entre o total de LNH de graus intermediário e alto e entre o total de todos os procedimentos de LNH.

Ações de auditoria devem verificar *in loco*, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico (LDGC B e CD 20 positivo); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

Exceto pela Talidomida para o tratamento de Mieloma Múltiplo e pelo Mesilato de Imatinibe para a quimioterapia do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), da Leucemia Mielóide Crônica e Leucemia Linfoblástica Aguda cromossoma Philadelphia positivo, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simon R, Durrleman S, Hoppe RT, Bonadonna G, Bloomfield CD, Rueders RA, et al. The Non-Hodgkin Lymphoma Pathologic Classification Project. Long-term follow-up of 1153 patients with non-Hodgkin lymphomas. *Ann Intern Med.* 1988 Dec 15;109(12):939-45.
2. The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project. A predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma. The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project. *N Engl J Med.* 1993 Sep 30;329(14):987-94.
3. Harris NL, Jaffe ES, Diebold J, Flandrin G, Muller-Hermelink HK, Vardiman J. Lymphoma classification—from controversy to consensus: the R.E.A.L. and WHO Classification of lymphoid neoplasms. *Ann Oncol.* 2000;11 Suppl 1:3-10.
4. Tanaka PY, Pracchia LF, Bellesso M, Chamone DA, Calore EE, Pereira J. A prognostic score for AIDS-related diffuse large B-cell lymphoma in Brazil. *Ann Hematol.* 2009 Jun 4.

5. Hallack Neto AE, Perera J, Beitler B, Chamone DA, Liacer PD, Duley FL, et al. Results of CHOP chemotherapy for diffuse large B-cell lymphoma. *Braz J Med Biol Res.* 2006 Oct;39(10):1315-22.
6. Jost L. Newly diagnosed large B-cell non-Hodgkin's lymphoma: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2007;18 Suppl 2:i65-6.
7. Flowers CR, Sinha R, Vose JM. Improving outcomes for patients with diffuse large B-cell lymphoma. *CA Cancer J Clin.* 2010;60(6):393-408.
8. Sehn LH, Donaldson J, Chhanabhai M, Fitzgerald C, Gill K, Kisa R, et al. Introduction of combined CHOP plus rituximab therapy dramatically improved outcome of diffuse large B-cell lymphoma in British Columbia. *J Clin Oncol.* 2005 Aug 1;23(22):5027-33.
9. Pfreundschuh M, Trumper L, Osterborg A, Pettengell R, Trneny M, Imrie K, et al. CHOP-like chemotherapy plus rituximab versus CHOP-like chemotherapy alone in young patients with good-prognosis diffuse large-B-cell lymphoma: a randomised controlled trial by the MabThera International Trial (MInT) Group. *Lancet Oncol.* 2006 May;7(5):379-91.
10. Coiffier B, Lepage E, Briere J, Herbrecht R, Tilly H, Bouabdallah R, et al. CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma. *N Engl J Med.* 2002 Jan 24;346(4):235-42.
11. Molina A. A decade of rituximab: improving survival outcomes in non-Hodgkin's lymphoma. *Annu Rev Med.* 2008;59:237-50.
12. Hill M, Kyle F. NHL (diffuse large B-cell lymphoma). *Clin Evid (Online).* 2010;2010.
13. Gao G, Liang X, Jiang J, Zhou X, Huang R, Chu Z, et al. A systematic review and meta-analysis of immunochemotherapy with rituximab for B-cell non-Hodgkin's lymphoma. *Acta Oncol.* 2010;49(1):3-12.
14. Kaplan LD, Lee JY, Ambinder RF, Sparano JA, Cesarman E, Chadburn A, et al. Rituximab does not improve clinical outcome in a randomized phase 3 trial of CHOP with or without rituximab in patients with HIV-associated non-Hodgkin lymphoma: AIDS-Malignancies Consortium Trial 010. *Blood.* 2005 Sep 1;106(5):1538-43.
15. Levine AM. HIV-associated lymphoma. *Blood.* 2010 Apr 15;115(15):2986-7.
16. Costa FPS, Pereira FG, Vassalo J, Freitas LLL, Lorand-Metzef I. A utilização da citologia por punção com agulha fina aliada a imunofenotipagem no diagnóstico dos linfomas não-Hodgkin. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2005;27(1):16-20.
17. International Union Against Cancer. TNM: classificação de tumores malignos, 6a. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254p.
18. Sehn LH, Berry B, Chhanabhai M, Fitzgerald C, Gill K, Hoskins P, et al. The revised International Prognostic Index (R-IPi) is a better predictor of outcome than the standard IPi for patients with diffuse large B-cell lymphoma treated with R-CHOP. *Blood.* 2007 Mar 1;109(5):1857-61.
19. Seshadri T, Kuruvilla J, Crump M, Keating A. Salvage therapy for relapsed/refractory diffuse large B-cell lymphoma. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2008;14(3):259-67.
20. Gisselbrecht C, Mounier N. Improving second-line therapy in aggressive non-Hodgkin's lymphoma. *Semin Oncol.* 2004 Feb;31(1 Suppl 2):12-6.
21. Prichard M, Harris T, Williams ME, Densmore JJ. Treatment strategies for relapsed and refractory aggressive non-Hodgkin's lymphoma. *Expert Opin Pharmacother.* 2009 Apr;10(6):983-95.
22. Salminen E, Nikkanen V, Lindholm L. Palliative chemotherapy in non-Hodgkin's lymphoma. *Oncology.* 1997 Mar-Apr;54(2):108-11.
23. Lyman GH. Guidelines of the National Comprehensive Cancer Network on the use of myeloid growth factors with cancer chemotherapy: a review of the evidence. *J Natl Compr Canc Netw.* 2005 Jul;3(4):557-71.
24. van Kampen RJ, Canals C, Schouten HC, Nagler A, Thomson KJ, Vernant JP, et al. Allogeneic stem-cell transplantation as salvage therapy for patients with diffuse large B-cell non-Hodgkin's lymphoma relapsing after an autologous stem-cell transplantation: an analysis of the European Group for Blood and Marrow Transplantation Registry. *J Clin Oncol.* 2011;29(10):1342-8.

25. Baldissera R, Bigini R, Neto AEH, Dias DF, Souza RA, Chiattoni CS, et al. O transplante de células-tronco hematopoéticas no tratamento dos linfomas não Hodgkin. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2010;32(Supl.1):106-14.
26. Orlansky DM, Czuczman M, Fisher RI, Irwin FD, Lazarus HM, Omel J, et al. The role of cytotoxic therapy with hematopoietic stem cell transplantation in the treatment of diffuse large B cell lymphoma: update of the 2001 evidence-based review. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2011;17(1):20-47 e30.
27. Smith SD, Bolwell BJ, Rybicki LA, Kang T, Dean R, Advani A, et al. Comparison of outcomes after auto-SCT for patients with relapsed diffuse large B-cell lymphoma according to previous therapy with rituximab. *Bone Marrow Transplant.* 2011;46(2):262-6.
28. Lowry L, Smith P, Qian W, Falk S, Benstead K, Illidge T, et al. Reduced dose radiotherapy for local control in non-Hodgkin lymphoma: a randomised phase III trial. *Radiother Oncol.* 2011 Jul;100(1):86-92.
29. Akoum R, Brihi E, Saade M, Hanna T, Chahine G. Salvage abdominal irradiation for refractory non-Hodgkin's lymphoma. *J Cancer Res Ther.* 2007 Jul-Sep;3(3):143-9.
30. Terasawa T, Dahabreh IJ, Nihashi T. Fluorine-18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography in response assessment before high-dose chemotherapy for lymphoma: a systematic review and meta-analysis. *Oncologist.* 2010;15(7):750-9.
31. Terasawa T, Lau J, Bardet S, Couturier O, Hotta T, Hutchings M, et al. Fluorine-18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography for interim response assessment of advanced-stage Hodgkin's lymphoma and diffuse large B-cell lymphoma: a systematic review. *J Clin Oncol.* 2009;27(11):1906-14.
32. Terasawa T, Nagai H. Current clinical evidence on interim fluorine-18 fluorodeoxy glucose positron emission tomography for advanced-stage Hodgkin lymphoma and diffuse large B-cell lymphoma to predict treatment outcomes. *Leuk Lymphoma.* 2009;50(11):1750-2.
33. Hosein PJ, Lossos IS. The evolving role of F-FDG PET scans in patients with aggressive non-Hodgkin's lymphoma. *European J Clin Med Oncol.* 2010 Feb;2(1):131-9.
34. Tilly H, Dreyling M. Diffuse large B-cell non-Hodgkin's lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2010;21 Suppl 5:v172-4.
35. Wolach O, Bairey O, Lahav M. Late-onset neutropenia after rituximab treatment: case series and comprehensive review of the literature. *Medicine (Baltimore).* 2010;89(5):308-18.

LP



LINFOMA FOLICULAR

Portaria SAS/MS nº 1.051, de 10 de outubro de 2014.

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada em 30/11/2013 uma busca na base eletrônica Medline, acessada via PubMed, utilizando os descritores de interesse para linfoma folicular ("lymphoma, follicular"[MeSH Terms] OR ("lymphoma"[All Fields] AND "follicular"[All Fields]) OR "follicular lymphoma"[All Fields] OR ("follicular"[All Fields] AND "lymphoma"[All Fields])) AND (Clinical Trial, Phase III[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp]). Pesquisa adicional não identificou outros artigos relevantes em consultas às bases LILACS e HTA/Biblioteca Cochrane usando o termo "linfoma folicular" ("lymphoma, follicular").

Entre 186 artigos encontrados e selecionados para revisão, foram incluídos 97 estudos clínicos e revisões sistemáticas e não foram considerados 36 artigos sobre medicamentos não registrados no país pela ANVISA; 24 artigos sobre doenças fora do escopo destas Diretrizes, 20 artigos sobre pesquisas epidemiológicas sem cunho diagnóstico ou terapêutico; 7 revisões narrativas ou estudos opinativos; e 2 estudos de ciência básica ou pré-clínica. Foram ainda consultados artigos clássicos sobre a epidemiologia e história natural da doença. No total, 119 referências foram utilizadas e acrescentadas três publicações do Ministério da Saúde: incidência do câncer no Brasil, versão nacional da classificação de tumores malignos e recomendação da CONITEC sobre rituximabe no linfoma folicular, todas devidamente referidas nestas Diretrizes.

2 INTRODUÇÃO

Os linfomas não Hodgkin (LNH) respondem por cerca de 2,5% de todos os tumores malignos diagnosticados no Brasil, excluindo-se o câncer de pele não melanótico de pele (1). O número estimado de casos novos da doença em 2014, no Brasil, é de 9.790, com distribuição equilibrada por gênero (razão de masculinidade de 1,02). Inexistem dados nacionais sobre a prevalência dos diferentes subtipos de LNH, mas estatísticas internacionais dão conta que entre 22% e 40% dos LNH são Linfomas foliculares (LF), dependendo do sistema usado para classificá-los (22% utilizando a classificação REAL), com idade ao diagnóstico entre 60 e 65 anos (2). Dados de registros de base populacional nos Estados Unidos indicam que a incidência anual do LF aumentou 0,5% ao ano entre 1992 e 2001, com estimativa de incidência de 3,18 casos/100.000 pessoas-ano (3).

O LF é uma doença indolente, recidivante e de evolução crônica. A maior parte dos doentes (90%) se apresenta ao diagnóstico com doença avançada, mas a taxa de sobrevivência global (SG) em 5 anos alcança 72%-77% e a sobrevivência média é de cerca de 8-10 anos (4-6). As manifestações clínicas podem incluir febre, sudorese noturna, perda ponderal, fadiga e massa em topografia de cadeia de linfonodos, bem como splenomegalia e hematopoeses. Muitos pacientes, no entanto, são assintomáticos ao diagnóstico. A doença é considerada incurável, exceto em poucos casos de pacientes diagnosticados em estágio inicial.

A história natural do LF é heterogênea, e os pacientes apresentam caracteristicamente períodos de remissão com duração imprevisível, de modo que apenas aqueles com sintomas ou com rápida progressão da doença necessitam tratamento antineoplásico. Alguns pacientes têm doença indolente que apresenta pouca ou nenhuma progressão ao longo de várias décadas. A presença de linfadenopatia (linfonodomegalia) é variável, e os pacientes podem

Consultores: Flavia Dias Xavier, Marcos Antonio dos Santos, Martha Mariana de Almeida Santos Aruda e Jane de Almeida Dobbin

Editores: Maria Inez Pordeus Gadelha, Sandro José Martins e Paulo Dornelles Picon

Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

apresentar remissões espontâneas e prolongadas (4). Assim, certos pacientes podem permanecer em seguimento por período variável, sob observação clínica, e mesmo nunca necessitarem de radioterapia ou de um tratamento sistêmico (quimioterapia). Em contraste, ao longo dos anos, 20%-30% dos pacientes falecem devido a transformação de sua doença para linfoma de alto grau ou por complicações clínicas decorrentes do LF (7).

Os objetivos do cuidado do doente com LF são reduzir o impacto dos sintomas sobre a qualidade de vida, a obtenção de remissão sustentada, o prolongamento da sobrevida e, menos comumente, a finalidade curativa. A cada sucessiva recidiva e re-tratamento, os períodos livres de progressão da doença e a sobrevida diminuem. Índices prognósticos podem ajudar a discriminar grupos de doentes com riscos diferentes para evolução desfavorável, auxiliando a decisão terapêutica. Opções de tratamento sistêmico de primeira linha para doentes sintomáticos incluem quimioterapia com agente único ou a combinação de agentes alquilantes, com ou sem corticoesteróide. Esquemas poliquimioterápicos com rituximabe também são opções para tratamento de primeira linha. O tratamento de doentes com doença recorrente ou refratária consiste em poliquimioterapia, muitas vezes contendo antraciclinas ou análogos nucleosídeos. Doentes que respondem ao tratamento de segunda linha podem ser candidatos a intensificação de dose da terapia antineoplásica, com resgate por transplante de células-tronco hematopoéticas autólogo, ou a transplante de medula óssea alogênico após condicionamento de intensidade reduzida.

A assistência integral ao doente com LF requer que toda decisão terapêutica em um caso específico seja preferencialmente parte de um plano de cuidado de longo prazo, definido após análise de todas as evidências clínicas, laboratoriais, radiológicas (de imagem) e patológicas da doença. Sabe-se que muitas modalidades terapêuticas estão disponíveis, mas o uso de algumas delas pode comprometer futuras escolhas, por exemplo, o emprego de análogos de nucleosídeos e a coleta de células-tronco autólogas. Também deve ser ponderado o risco de complicações no longo prazo, tais como infertilidade, cardiotoxicidade, síndromes mielodisplásicas e outros cânceres secundários, dada a sobrevivência cada vez mais prolongada de muitos pacientes (8,9).

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

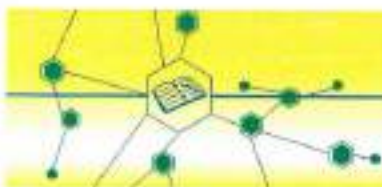
- » C82.0 Linfoma não-Hodgkin, pequenas células clivadas, folicular.
- » C82.1 Linfoma não-Hodgkin, misto, de pequenas e grandes células clivadas, folicular.
- » C82.2 Linfoma não-Hodgkin, grandes células, folicular.
- » C82.7 Outros tipos de linfoma não-Hodgkin, folicular.
- » C82.9 Linfoma não-Hodgkin, folicular, não especificado.

4 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

O diagnóstico é baseado na histopatologia, preferencialmente pelo estudo de material obtido por uma biópsia excisional de linfonodo, inclusive com exame de imuno-histoquímica. Mesmo que as células do LF possam ser detectadas em espécimes de citologia (10), sendo possível confirmação da origem clonal por reação em cadeia da polimerase (PCR) e hibridização *in situ* fluorescente (FISH) ou por citometria de fluxo em alguns casos, a aspiração com agulha fina não é um método diagnóstico apropriado. Todos os casos de LF exigem um diagnóstico histopatológico para se classificar o tumor e para excluir a transformação da doença para outro padrão celular de linfoma, como o difuso de grandes células B ou o linfoblástico.

4.1 MORFOLOGIA

O LF é uma neoplasia de células B, derivadas de células de centros germinativos (foliculo). Os linfonodos acometidos mostram a substituição da arquitetura normal por folículos neoplásicos de tamanho uniforme, pobres em macrófagos e com zonas do manto mal formadas. Centros germinais reativos contêm uma mistura de centroblastos e centrócitos organizados em zonas bem definidas, enquanto que os centros germinativos no LF contêm uma população



monomórfica, geralmente de centrócitos, e carecem de qualquer evidência de zoneamento. O LF pode apresentar padrão histológico focalmente folicular, folicular e difuso, ou mesmo completamente difuso (11);

- » Padrão folicular: arquitetura com predomínio (acima de 75%) de arranjos foliculares;
- » Padrão folicular e difuso: arranjos foliculares em 25% e 75% do tecido;
- » Padrão focalmente folicular: arranjos foliculares em menos de 25% do tecido;
- » Padrão difuso: ausência de arranjos foliculares no tecido.

As células entre os folículos formam o componente interfolicular do LF (12). Estas células são normalmente pequenos centrócitos e podem mostrar diferença fenotípica em relação às células neoplásicas dentro dos folículos. Cerca de metade de todos os casos de LF apresentam acometimento da medula óssea ao diagnóstico (13), normalmente constituído por agregados de tecido linfóide paratrabecular, com células exibindo a morfologia das células do centro folicular.

4.2 IMUNO-HISTOQUÍMICA

O exame imuno-histoquímico das células tumorais é positivo em praticamente todos os casos na superfície celular para CD19, CD20, CD10 e a imunoglobulina monoclonal, bem como há expressão citoplasmática de proteína Bcl-2. Os linfócitos centrolículares normais expressam marcadores de linhagem de células B e os antígenos CD10 e Bcl-6, mas são Bcl-2 negativos. O componente interfolicular do LF (12) e a doença na medula óssea muitas vezes apresentam baixa expressão ou perda destes marcadores. A arquitetura folicular pode ser confirmada pela identificação da rede de células dendríticas foliculares subjacente marcadas com o CD21. O LF de alto grau (grau 3) pode perder a expressão de CD10 e Bcl-2, embora permaneça com a marcação do BCL6 (14).

4.3 EXAMES MOLECULARES

No nível molecular, o LF apresenta uma translocação genética característica, que recoloca o gene anti-apoptose BCL2 de modo adjacente a um gene promotor de imunoglobulinas, o que conduz à superexpressão da proteína Bcl-2. Esta translocação cromossômica t(14;18)(q32;q21) é vista em cerca de 90% dos casos (15) e pode ser detectada por PCR ou por FISH utilizando uma sonda para o gene BCL2 (16). Em alguns casos, especialmente no LF grau 3, pode haver uma translocação alternativa envolvendo o gene BCL6 (17,18), cuja detecção não é essencial para o planeamento terapêutico.

4.4 CLASSIFICAÇÃO HISTOPATOLÓGICA E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Embora o LF seja normalmente disseminado no momento do diagnóstico e indolente na sua evolução clínica, tem sido reconhecido que a agressividade clínica e o risco de transformação para linfoma difuso de grandes células B (LDGC-B) aumentam proporcionalmente com o número de centroblastos ("células grandes") e a fração de células em proliferação. Assim, o LF é classificado, para fins de planeamento terapêutico e prognóstico, com base no número de centroblastos presentes no espécime patológico: LF grau 1-2, até 15 centroblastos por campo de maior aumento; grau 3A, acima de 15 centroblastos, centrócitos presentes; e grau 3B, acima de 15 centroblastos, ausência de centrócitos (11). O LF grau 3B apresenta perfil genético, imunofenotípico e comportamento clínico tais que podem ser considerados como variante folicular do LDGC-B (17,19).

A classificação por estes critérios pode apresentar problemas em alguns casos. A identificação histológica de centroblastos nem sempre é simples; a contagem do número absoluto de centroblastos de um campo de alta potência x40, em 10 folículos, é morosa e propensa a erro. Casos difíceis incluem aqueles com morfologia atípica, aqueles que não possuem uma arquitetura folicular e em que a imunoposição de BCL2 é negativa. Biópsias por agulha podem obter espécimes que consistem apenas de áreas difusas do LF ou predominantemente do componente interfolicular. Assim, é recomendável que os casos sejam submetidos a revisão central de rotina por perito em hematopatologia.

O diagnóstico diferencial do LF inclui a doença/linfoma de Hodgkin (DH) com predominância linfocitária, linfoma leucemia linfocítica crônica (LLC), linfoma de células do manto (LCM) e linfoma de zona marginal (LZM). Os nódulos linfocitários na DH podem conter linfócitos pequenos e dispersos, em vez de apresentar células centrolículares. A

LLC cursa com infiltrados linfocitários B que são CD5, CD23 e CD10 positivos e negativos para BCL6. O LCM tem uma aparência monomórfica, e as células expressam CD5 e ciclina D1. O LZM nodal pode infiltrar os folículos pré-existentes, podendo ser necessário o uso de métodos moleculares para se excluir uma translocação BCL2 (20). O LF em áreas extranodais pode formar lesões linfocitárias (21), assemelhando-se ao tecido linfóide associado à mucosa (MALT), lembrando-se ainda que o linfoma MALT pode apresentar áreas de proliferação de células dendríticas foliculares, que podem mimetizar o LF, mas o linfoma MALT é CD10 e BCL6 negativo, e não apresenta translocação envolvendo BCL2 aos métodos moleculares (22).

5 AVALIAÇÃO E ESTADIAMENTO

A avaliação após o diagnóstico de LF deve permitir a determinação do estágio tumoral, pela correta identificação dos sítios e volumes de doença, e a aplicação de sistemas de escores prognósticos, que fornecem uma base racional para o tratamento.

O exame da medula óssea é considerado essencial na avaliação e estadiamento do LF, bem como, oportunamente, após a terapia. A infiltração linfocitária paratrabecular está normalmente associada com o LF, mas também tem sido descrita nos casos LZM e LCM. No entanto, estas doenças apresentam estruturas foliculares com centro germinativo normal (23). A positividade para CD10 e Bcl-2 nos folículos descarta o LZM e negatividade para CD5 e ciclina D1 afasta LCM. É importante observar o padrão foliular e paratrabecular do acometimento medular pelo LF, e a presença de pequenos agregados linfóides no interstício, na ausência de envolvimento paratrabecular, denota uma natureza benigna (24).

5.1 ESTADIAMENTO

O estadiamento clínico do LF é realizado pelos critérios de Ann Arbor (os adotados pela Classificação TNM/ UICC - União Internacional Contra o Câncer), modificados na conferência de Cotswolds, que mantém o agrupamento clínico e patológico em quatro estágios (Ann Arbor/TNM) e inclui informações sobre o significado prognóstico da doença volumosa (indicado por uma designação X) e do acometimento de um sítio ou órgão extralinfático (indicado por uma designação E). As designações A e B indicam a ausência ou a presença de sintomas constitucionais, respectivamente, e que se correlaciona com a resposta ao tratamento e prognóstico (25):

- » Estágio I: doença restrita a uma única cadeia de linfonodos (I) ou a único órgão ou localização extralinfática (IE);
- » Estágio II: doença acomete duas ou mais cadeias de linfonodos no mesmo lado do diafragma (II) ou acometimento localizado de um único órgão ou localização extralinfática e seu(s) linfonodo(s) regional(ais), com ou sem acometimento de outras cadeias linfonodais do mesmo lado do diafragma (IIE);
- » Estágio III: doença acomete cadeias de linfonodos em ambos os lados do diafragma (III), que pode também ser acompanhado pelo acometimento localizado de um órgão ou localização extralinfática relacionada (IIIE), ou acometimento do baço (IIS), ou de ambos (IIIE+S);
- » Estágio IV: doença acomete um ou múltiplos sítios extralinfáticos, com ou sem acometimento linfonodal associado, ou acomete uma área extranodal com acometimento linfonodal não regional;
- » Descritor X: presença de massa tumoral maior que 10 centímetros;
- » Descritor E: acometimento extranodal por contiguidade ou único local isolado da doença extranodal;
- » Descritor A ou B: ausência (A) ou presença (B) de sintomas "B" - perda inexplicada de peso maior que 10%, febre inexplicada e sudorese noturna.

5.2 ESTRATIFICAÇÃO PROGNÓSTICA

Na avaliação clínica dos doentes é útil computar o Índice Prognóstico Internacional do LF (FLIP), obtido a partir de cinco variáveis associadas com maus resultados clínicos em um estudo multicêntrico de 1.795 casos novos de LF diagnosticados entre 1985 e 1992 (26). São fatores de risco (1 ponto para cada variável presente):

- » Idade acima de 60 anos;
- » Estágio III ou IV;

- » Nível de hemoglobina menor que 12 g/dL;
- » Nível de desidrogenase láctica (DHL) acima do limite superior da normalidade; e
- » Presença de quatro ou mais sítios nodais de doença.

As seguintes categorias de risco foram descritas com o uso do escore FLIPI:

- » Baixo risco (escore 0 ou 1) – taxa de SG em 10 anos estimada em 70%;
- » Risco intermediário (escore 2) – sobrevida em 10 anos de 50%; e
- » Alto risco (escore 3, 4 ou 5) – sobrevida em 10 anos de 35%.

Outros modelos prognósticos podem ser usados, como o escore FLIPI2, que propõe a substituição dos fatores estágio tumoral, nível de DHL e número de sítios nodais do escore FLIPI pela dosagem de beta-2 microglobulina, infiltração de medula óssea e maior diâmetro linfonodal, (27). Mesmo tendo sido elaborado a partir de dados clínicos de doentes tratados antes da introdução do rituximabe (28), o escore FLIPI permanece com capacidade de discriminação prognóstica para pacientes que receberam esquemas de quimioterapia com esse medicamento, como o R-CHOP (29,30).

5.3 EXAMES COMPLEMENTARES

Tomografia computadorizada (TC)

A tomografia computadorizada (TC) é o exame de eleição para avaliar a extensão da doença no LF (31). O exame por TC deve incluir o pescoço, tórax, abdome e pelve e se estender a partir da base do crânio para a sínfise púbica. Imagem do sistema nervoso central não é realizada rotineiramente. O exame requer a administração oral de contraste para diferenciar entre alças intestinais e massas nodais abdominais e entre os vasos sanguíneos e os nódulos linfáticos, podendo aumentar a sensibilidade para a detecção de doença extranodal no fígado e no baço. A TC pode ser usada para identificar o tipo de lesão mais apropriado para biópsia e para auxiliar o radiologista na localização de lesões durante biópsias percutâneas por agulha. Assim, TC de pescoço, tórax, abdome e pelve, com uso de contraste oral e intravenoso sempre que não haja contra-indicação médica, devem ser realizadas após o diagnóstico, para estadiamento.

Ressonância magnética (RM)

A RM é a imagem de escolha quando há suspeita de acometimento do sistema nervoso central (SNC) por LF, incluindo o cérebro, medula espínhal e leptomeninges, casos em que se faz necessário complementar pelo exame citológico do liquor. Infiltração do SNC por LF clinicamente manifesta é um evento incomum, tardio na história natural da doença, ocorrendo em até 3% dos casos (32,33). O uso de contraste intravenoso (gadólíneo) aumenta a sensibilidade do exame e deve ser considerado em doentes com um elevado risco de doença no sistema nervoso central e em que uma RM foi negativa (34).

Ultra-sonografia (US)

A US é de valor limitado no estadiamento de LF. Ela permite avaliar linfonodomegalia cervical, em torno do eixo celiaco, hilo esplênico, porta hepática e nas regiões inguinais, podendo demonstrar doença no fígado e no baço. No entanto, todo o retroperitônio, mediastino e espaço retrofaringeo não podem ser avaliados.

Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT)

A imagenologia funcional pela tomografia por emissão de pósitrons com 18-fluorodeoxiglicose (PET-CT) é uma técnica que pode substituir o uso da TC no estadiamento de doentes com LF (35). Há evidências de que a maioria dos sítios de doença no LF é visualizada no PET-CT, independentemente do grau histopatológico, o que pode permitir, em comparação com TC, maior precisão na definição da extensão da doença nodal e a detecção de locais inesperados de acometimento extranodal (36,37). No entanto, permanece indefinido o significado clínico de sítios exíguos de doença encontrados com o PET-CT, mas não à TC (38). O método tem um valor limitado para a detecção de LF na

medula óssea e não substitui para esta finalidade a biópsia deste tecido (36,39,40), bem como não permite avaliar acometimento intestinal, dada a captação de glicose pelo tecido normal deste órgão (40). Portanto, os resultados do PET-CT não devem ser usados exclusivamente para decisões sobre o tratamento. O exame presta-se ainda para avaliar a presença de doença residual após o tratamento, condição que confere um pior prognóstico ao doente (41).

Exames laboratoriais

Outros exames complementares auxiliam o planejamento terapêutico, sendo requisitos para o estadiamento e pontuação de escores prognósticos ou parte da boa prática clínica, permitindo a detecção de condições clínicas relevantes relacionadas ao paciente e comorbidades específicas, e incluem (27,42,43):

- » Avaliação do padrão de doença cardíaca, respiratória ou outra condição clínica relevante, para determinar a aptidão do paciente para um tratamento específico;
- » Hemograma, se possível com imunofenotipagem por citometria de fluxo quando houver linfocitose;
- » Bioquímica sérica: ureia, creatinina, sódio, potássio, cálcio, albumina, ácido úrico e fosfato, aminotransferases/transaminases, bilirrubinas, gama-glutamyltransferase e desidrogenase lática (DHL);
- » Dosagem sérica de beta-2 microglobulina, imunoglobulinas e quantificação da banda monoclonal se presente;
- » Testes sorológicos para a hepatite B e C;
- » Teste sorológico para HIV;
- » Teste de gravidez, nas mulheres em idade fértil.

Exames citogenéticos ou moleculares de medula óssea não devem ser considerados na rotina, mas podem ser úteis onde houver incerteza diagnóstica.

6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- » Idade de 18 ou mais anos.
- » Diagnóstico definitivo de linfoma folicular.

Doentes com LF menores de 18 anos devem ser avaliados e tratados segundo protocolos institucionais de oncopediatria.

7 CENTRO DE REFERÊNCIA

Doentes adultos com diagnóstico de LF devem ser atendidos em hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia e que possuem porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu monitoramento laboratorial.

8 TRATAMENTO

As opções terapêuticas diferem segundo a classificação histológica do tumor, visto que o LF grau 3B comporta-se biologicamente como o linfoma difuso de grandes células B e como tal deve ser tratado (5,17-19), embora não codificado. A conduta a seguir aplica-se aos LF grau 1, 2 ou 3A.

Doentes com LF podem ser simplesmente acompanhados e não necessitar de quimioterapia antineoplásica até ocorrência de sintomas, sinais de aumento da massa tumoral ou acometimento da função de outro órgão, extraintestinal, pelo linfoma. As indicações para a terapia sistêmica (estágio III/IV ou estágio I/II X; categorias de risco intermediário e alto) incluem:

- » Sintomas (febre, suores noturnos, perda de peso, mal-estar, dor);
- » Linfonodomegalia significativa (massa maior que 7 cm, mais que três cadeias nodais acometidas ou linfonodomegalia maior que 3 cm rapidamente progressiva);
- » Esplenomegalia, com baço além de 6 cm abaixo do rebordo costal esquerdo, hiperesplenismo ou dor local;
- » Acometimento orgânico iminente (risco de compressão, derrame pleural, derrame pericárdico, ascite); ou
- » Citopenias no sangue periférico secundárias à infiltração da medula óssea.

Na ausência dessas condições, a conduta recomendada é expectante ("espera vigilante"), com avaliações clínicas a cada 3-6 meses, podendo se considerar irradiação nodal como tratamento exclusivo (44-46).

8.1 DOENÇA EM ESTÁGIO INICIAL (ESTÁGIO I OU II)

É importante obter tanta informação quanto possível para se excluir o diagnóstico da doença mais avançada, que resultaria em mudança no planejamento terapêutico. O índice FLIPI também deve ser registrado nesse grupo de doentes (47).

Vigilância clínica

Inexistem estudos de fase III comparando nenhuma terapia com o tratamento imediato de pacientes com LF em estágio inicial. Uma análise retrospectiva de 43 pacientes com LF em estágio IA e IIA grau 1/2 sugeriu que esta é uma conduta aceitável, com taxa de SG em 10 anos de 8 %, que não é inferior à dos doentes tratados com radioterapia (48). Neste estudo, 56% dos pacientes ainda não haviam recebido qualquer terapia por 10 anos. Outro estudo de observação clínica isolada de 26 pacientes com LF em estágio I e cujo tumor havia sido totalmente retirado na biópsia (49), a taxa de sobrevida em 5 anos foi de 82,5%, sugerindo que uma conduta expectante em pacientes com LF em estágio I é razoável, especialmente se há preocupações com efeitos colaterais da irradiação do campo envolvido, como a preservação da fertilidade em mulheres jovens, evitação da xerostomia ou a manutenção da capacidade funcional de idosos frágeis.

Radioterapia

O LF é uma doença radiosensível e a irradiação nodal é o tratamento padrão nos estágios iniciais, ou seja, I e II. Relatos na literatura confirmam altas taxas de resposta, com cerca de 80% dos pacientes obtendo controle da doença por 5 e 10 anos, podendo inclusive ser terapêutica curativa isolada (50-52). Quando há recaída, esta se dá usualmente do lado de fora do campo irradiado (53,54). Na doença avançada (estágios III e IV), a irradiação de sítios nodais de doença volumosa, após quimioterapia inicial, pode conferir maior sobrevida livre de progressão (SLP) e maior sobrevida global, com toxicidade aceitável (55,56).

A radioterapia de campo envolvido é o tratamento padrão. As doses convencionais de 30 a 45 Gy, que foram utilizadas no passado são agora reconhecidas como superiores à necessária para o controle local da doença, podendo ser recomendada a dose de 24 Gy em 12 frações. Doses mais baixas, como 4 Gy em duas frações são empregadas para palição ou re-tratamento (57-59).

Quimioterapia e radioterapia

Como a maioria das recaídas ocorre fora do campo de radiação e é vista em até 50% dos pacientes, alguns doentes podem se beneficiar de uma terapia sequencial (quimioterapia e radioterapia).

Há dados limitados e conflitantes até a data, predominantemente anteriores à introdução do rituximabe no armamentário terapêutico do LF (60). Em uma série prospectiva de pacientes com LF em estágio I tratados, diversas condutas de tratamento inicial (observação clínica, radioterapia, quimioterapia e radioterapia, mono- ou poliquimioterapia com rituximabe) resultaram em resultados semelhantes, desafiando o paradigma de que a radioterapia deve ser o tratamento padrão para esta apresentação. Idealmente, um ensaio clínico randomizado teria de ser conduzido para comparar essas várias opções terapêuticas, mas é improvável que ocorra pelo tamanho grande da amostra necessária e a raridade de eventos nesta população de pacientes (2). Porém, tendo em vista o risco aumentado de mielodisplasia relacionada à terapia e de neoplasias secundárias, observado após terapias intensivas, recomenda-se cautela na indicação de terapia sistêmica para doentes com LF em estágio inicial. Por isso, nestas Diretrizes não se recomenda tratamento sistêmico para doentes com LF em estágio inicial, uma vez que a segurança e o benefício clínico não estão demonstrados no longo prazo.

8.2 DOENÇA EM ESTÁGIO AVANÇADO (III OU IV)

8.2.1 - DOENTE ASSINTOMÁTICO

Três estudos randomizados mostraram que não há vantagem, em termos de SG, para o tratamento imediato de pacientes com LF em estágio avançado, quando assintomáticos, em comparação com uma conduta de espera

vigilante, em termos de SG (44,45,61) ou sobrevivência por causa específica (44). Os seguintes critérios do *Groupe d'Etude des Lymphomas Folliculaires* (GELF) (61) foram usados para identificar doentes para os quais é necessário tratamento imediato:

- » Grande carga tumoral: maior massa nodal ou extranodal com maior diâmetro acima de 7 centímetros, pelo menos três sítios locais nodais com um diâmetro maior que 3 centímetros, esplenomegalia sintomática, derrame pleural ou ascite;
- » Presença de sintomas sistêmicos;
- » Capacidade funcional na escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) maior que 1;
- » DHL ou beta-2 microglobulina acima dos valores normais;
- » Já os critérios adotados pelo British National Lymphoma Investigation (BNLI) são (44):
- » Presença de prurido ou sintomas B;
- » Progressão rápida ou generalizada da doença nos 3 meses precedentes;
- » Acometimento de órgãos vitais;
- » Lesões ósseas;
- » Infiltração significativa da medula óssea que justifique quimioterapia imediata - concentração de hemoglobina menor que 10g/dl, leucocitria menor que 3.000/mm³ ou plaquetopenia menor que 100.000/mm³, excluindo-se outras causas.

Na prática clínica, a espera vigilante não necessita ser limitada a pacientes com baixa carga tumoral, embora seja provável que pacientes com maior volume de doença tenham um intervalo mais curto até a progressão da doença e necessidade de tratamento.

A conduta expectante é capaz de adiar o início da terapia sistêmica por 2 a 3 anos (44,45,61). No estudo BNLI, 40% dos pacientes com mais de 70 anos não tinham recebido quimioterapia ou falecido por linfoma em 10 anos após a entrada no estudo. Esta taxa foi de 16% em pacientes com menos de 70 anos. Assim, há pouca justificativa para o tratamento imediato de pacientes com LF avançado, desde que assintomáticos. Importa notar que os pacientes que ficam apenas sob observação não têm um risco aumentado de transformação do LF para linfoma de alto grau durante o seguimento, em comparação com aqueles que começam o tratamento imediatamente (4,61,62).

A vantagem presumível de uma espera vigilante é que os pacientes são temporariamente poupados dos eventos adversos associados à quimioterapia, sem prejuízo para a SG. No entanto, para alguns pacientes essa conduta pode ensejar risco de sofrimento psicológico, por se saber ter uma doença maligna em estágio avançado e para a qual não recebe tratamento específico.

O tratamento inicial com rituximabe de doentes com LF avançado, porém assintomáticos, pode ser uma opção alternativa. Resultados preliminares de um estudo internacional de fase III, comparando a espera vigilante com tratamento imediato com rituximabe, usando a indução de 4 semanas, com ou sem rituximabe de manutenção administrado bimestralmente por 2 anos, com tempo de seguimento ainda curto (mediana 32 meses), sugere que essa quimioterapia possa retardar o tempo para início de outra terapia: após um seguimento mediano de 32 meses, permaneciam com doença controlada e sem necessidade de nova terapia 46%, 80% e 91% dos doentes alocados para observação clínica, quimioterapia com rituximabe e manutenção com rituximabe, respectivamente, porém sem diferença na SG, com 95% dos pacientes vivos em 3 anos (63). No estudo F2, no entanto, com maior tempo de seguimento (mediana de 64 meses), a taxa de controle da doença em 4 anos foi equiparável entre aqueles em espera vigilante e os que receberam rituximabe (21% vs. 31%, P=0,10), permanecendo indefinido se a exposição precoce ao rituximabe importará em diferenças no comportamento clínico da doença frente aos tratamentos posteriores (46).

8.2.2 DOENTE SINTOMÁTICO

Quimioterapia de primeira linha

Os pacientes com LF em estágio avançado (estágio III ou IV) sintomáticos são tratados com a expectativa de que a doença vai evoluir de forma recidivante e remitente, podendo exigir várias linhas de tratamento durante o seu curso. Por muitos anos, o padrão de tratamento de primeira linha foi baseado em agentes alquilantes, frequentemente em

combinações com alcalóide da vinca e corticosteróide. As tentativas para aumentar a intensidade da quimioterapia, por adição de uma antraciclina, não conseguiram demonstrar vantagem de sobrevivência (64-66). Qualquer melhoria na taxa de resposta a poliquimioterapia com antraciclina deve ser ponderada com o inevitável aumento da toxicidade e da exclusão da antraciclina como um agente terapêutico no caso de transformação subsequente para linfoma de alto grau.

A fludarabina é um fármaco com atividade no LF, se usada como um agente único ou em combinação. Nenhum estudo identificou uma vantagem de sobrevivência de tratamentos baseados em fludarabina se comparado ao uso de alquilantes (67,68). A comparação entre fludarabina e a associação de ciclofosfamida, vincristina e prednisona (CVP) em 381 pacientes com LF sem tratamento prévio mostrou taxas de resposta mais elevadas no grupo de fludarabina, sem resultar em melhoria nos parâmetros tempo para progressão ou SG (69). O uso de fludarabina na terapia de primeira linha pode, no entanto, ter um efeito prejudicial sobre a mobilização de células-tronco hematopoiéticas para o transplante autólogo, conduz a um risco aumentado de infecções oportunistas e pode ser associado com um aumento do risco de mielodisplasia e leucemia secundárias (70).

A interferona (IFN) também foi estudada no LF como parte do esquema de quimioterapia inicial e em monoterapia de manutenção, após poliquimioterapia baseada em antraciclina (71-74). Revisões sistemáticas que examinaram o papel da IFN em pelo menos 10 ensaios clínicos conduzidos antes da introdução da fludarabina ou do rituximabe no tratamento do LF registraram melhoria na duração da remissão e maior sobrevida, quando o medicamento integrava o esquema de terapia inicial, mas não quando usado isoladamente em manutenção prolongada (75-77).

O rituximabe é um medicamento ativo no tratamento do LF (78,79). Cinco ensaios de fase III demonstraram a eficácia do rituximabe em poliquimioterapia contendo alquilantes, com e sem a inclusão de antraciclina, com benefício em termos de aumento na SG verificado em revisões sistemáticas (80,81). Há uma sugestão nestes estudos que a duração da resposta em pacientes tratados com as terapias à base de antraciclina pode ser superior àquela obtida com esquemas menos intensos baseados em alquilantes, o que levou à adoção generalizada de R-CHOP como esquema padrão para a quimioterapia de primeira linha do linfoma folicular. Inexiste vantagem para a associação com bortezomibe no tratamento do LF (82).

A terapia de manutenção é o tratamento dado aos pacientes que responderam à quimioterapia inicial ("de indução"), com objetivo de ajudar a manter o câncer em remissão. No LF, o valor do rituximabe como terapia "de manutenção" tem sido pouco claro. Em dois estudos (83,84), não houve impacto sobre a mortalidade e qualidade de vida do tratamento com rituximabe (85). A SLP foi prolongada com a terapia de manutenção, com base na avaliação radiológica sem ocultação, dados laboratoriais ou critérios clínicos. Porém os estudos apresentam vieses que dificultam a interpretação dos resultados, incluindo a falta de cegamento, a cessação prematura do estudo, tempo de seguimento curto ante a expectativa de sobrevida dos doentes e recrutamento de pacientes heterogêneos. Ambos os ensaios confirmaram o perfil de efeito adverso do rituximabe, que inclui distúrbios hematológicos, infecções, alterações cardíacas e distúrbios digestivos. Esses efeitos adversos foram graves em cerca de 7% dos pacientes. Há também uma maior frequência de queixas musculoesqueléticas e distúrbios neuropsiquiátricos com o tratamento, permanecendo em aberto a segurança de longo prazo. Na prática, os benefícios da terapia de manutenção com rituximabe após uma primeira linha de quimioterapia permanecem por ser demonstrados em termos de prolongamento ou melhoria da qualidade de sobrevida nos doentes com LF, enquanto que os efeitos adversos são evidentes.

Devido à escassez de relatos de acometimento primário ou secundário do SNC por LF, a quimioterapia intratecal profilática não é recomendada no tratamento inicial ou da doença recidivada. Note-se que pacientes que têm transformação histológica de LF podem requerer quimioprofilaxia do SNC, de acordo com recomendações apropriadas para o subtipo histológico do linfoma transformado.

Quimioterapia de 2ª linha (doença refratária ou recidivada)

Pacientes com LF apresentam recaídas após o tratamento inicial, contendo ou não rituximabe, e necessitam uma sucessão de tratamentos ao longo de muitos anos (86-88). O objetivo global da terapia na recaída é semelhante ao da quimioterapia inicial - melhorar a sobrevivência global e preservar a qualidade de vida dos doentes. Na recaída, os efeitos cumulativos de terapias anteriores são particularmente relevantes.

Antes de iniciar a terapia em pacientes com sintomas ou sinais consistentes com recaída de LF, é altamente recomendável a repetição da biópsia e estudo histopatológico, sempre que possível, para se afastar transformação histológica de LF para um subtipo de linfoma mais agressivo [7,62,89]. Se a transformação histológica foi excluída, o plano terapêutico vai depender de uma combinação dos seguintes fatores:

- » Indicações para a terapia - não há nenhuma evidência de que a intervenção precoce será benéfica ou melhorará os resultados para os pacientes com recaída assintomática de LF. Por exemplo, doença nodal recorrente, assintomática, detectada em exame clínico de rotina não deve necessariamente resultar em re-tratamento.
- » Aptidão do paciente para a terapia.
- » Tratamento recebido anteriormente e a duração observada da resposta.

Pacientes com LF recidivado, sintomáticos, que não foram anteriormente tratados com rituximabe, podem receber quimioterapia contendo este medicamento [81,90,91]. Inexiste um esquema quimioterápico claramente superior no momento da recidiva, e as opções incluem agentes alquilantes com ou sem antraciclina e análogo de nucleosídeos. A decisão de usar uma combinação com antraciclina deve ser tomada com base nas características do paciente, tais como a função cardíaca e a duração da resposta de terapias anteriores, em função da cardiotoxicidade cumulativa do uso da antraciclina, que impossibilita seu uso mais tarde no curso da doença ou se houver transformação para linfoma mais agressivo.

Em pacientes com doença refratária a quimioterapia inicial ou que tiveram recidiva precoce após quimioterapia baseada em antraciclina, ou que têm contraindicação ao seu uso, agentes alternativos devem ser considerados. Os análogos de nucleosídeos são ativos no LF pré-tratado e esquemas quimioterápicos baseados em fludarabina e rituximabe produzem altas taxas de resposta e podem prolongar a SLP na doença refratária a terapias anteriores. Em um estudo com 65 pacientes que não responderam à quimioterapia anterior sem rituximabe, estes foram randomizados para receber fludarabina, ciclofosfamida e mitoxantrona com ou sem o rituximabe (R-FCM versus FCM) [92]. Foi observada taxa de resposta objetiva de 94% no grupo R-FCM, com uma taxa de resposta completa de 40%, e mediana de SLP mediana não alcançada após 3 anos de seguimento. Infecções grau 3-4 foram observadas em menos de 2% dos pacientes tratados com R-FCM.

Para doentes com LF recidivado após quimioterapia de 1ª linha contendo rituximabe, há descrição do uso continuado deste medicamento [93,94], no entanto, permanece incerto se o re-tratamento com esquemas contendo rituximabe é mais eficaz ou tem efeitos colaterais aceitáveis se comparado ao uso de esquemas sem este medicamento, pelo que não é indicado nestas Diretrizes.

O rituximabe pode ser utilizado como monoterapia em caso de recaída após quimioterapia inicial que não continha este medicamento [78,95], mas como as taxas de resposta e SLP são melhoradas com a poliquimioterapia, recomenda-se que os pacientes que necessitam de terapia sejam tratados com a terapia combinada. Para aqueles pacientes que não toleram quimioterapia, devido à comorbidades ou outras razões, a monoterapia com rituximabe pode ser considerada alternativa terapêutica.

Embora seja incerto se há ou não perda da eficácia do medicamento para aqueles que receberam anteriormente quimioterapia contendo rituximabe, em virtude da ausência de estudos clínicos delineados para demonstrar tal benefício, não é possível inferir sobre a eficácia relativa da quimioterapia contendo rituximabe para pacientes que receberam rituximabe previamente.

Em uma análise conjunta de dados de nove ensaios clínicos em doentes com linfoma folicular, cuja doença tinha recaído ou foi resistente ao tratamento, aqueles que receberam terapia de manutenção com rituximabe sobreviveram mais tempo do que aqueles que não receberam terapia de manutenção [85]. Os nove estudos usaram uma variedade de esquemas de terapia "de indução" - apenas quimioterapia [84,96], quimioterapia e transplante autólogo [97], rituximabe em monoterapia [63,94,98] e quimioterapia com ou sem rituximabe [90,91,99]. O uso de diferentes esquemas iniciais reduz a comparabilidade dos estudos, porém não foi observado heterogeneidade na meta-análise dos desfechos de eficácia. Note-se que três dos nove ensaios foram interrompidos mais cedo do que inicialmente previsto, o que poderia ter inflado as estimativas de benefício do tratamento. Os pacientes que foram aleatoriamente designados para a terapia "de manutenção" com rituximabe receberam uma única infusão a cada dois ou três meses