PROPOSTA DE TRABALHO PARA A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA/GO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 10/2024

IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento
Rua Itapeva, 202, Conj. 33 Bela Vista – CEP: 01.332-000, São Paulo-SP

SUMÁRIO

Item	Descrição	Pág
-	**INTRODUÇÃO**	**9**
1	**Área de atividade**	**45**
1.1	**Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais**	**47**
1.1.1	**Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde**	**47**
1.1.1.1	Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas	47
1.1.1.2	Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	87
1.1.1.3	Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	126
1.1.1.4	Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	153
1.1.2	**Implantação de gestão**	**168**
1.1.2.1	Implantação de Logística de Suprimentos	168
1.1.2.2	Proposta para Regimento Interno da Unidade	187
1.1.2.3	Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	243
1.1.2.4	Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	261
1.1.2.5	Proposta para Regimento do Corpo Clínico	381
1.1.3	**Implantação de processos**	**390**
1.1.3.1	Proposta de manual de protocolos assistenciais	390
1.1.3.2	Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos	605

1.1.3.3	Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	627
1.1.3.4	Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira	652
1.2	**Incrementos de Atividades**	**675**
1.2.1	Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade	675
2	**Área de Qualidade**	**711**
2.1	**Qualidade Objetiva**	**713**
2.1.1	**Comissão de Ética Médica**	**713**
2.1.2	**Comissão de Ética Multiprofissional**	**728**
2.1.3	**Comissão de Biossegurança**	**741**
2.1.4	**Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)**	**753**
2.1.5	**Comissão de Análise e Revisão de Prontuários**	**766**
2.1.6	**Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)**	**780**
2.1.7	**Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA**	**790**
2.1.8	**Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**	**807**
2.1.9	**Comissão de Farmácia e Terapêutica**	**820**
2.1.10	**Comissão de Proteção Radiológica**	**837**
2.1.11	**Comitê de Compliance**	**846**
2.1.12	**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**	**866**
2.1.13	**Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**	**878**

2.1.14	**Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT**	**911**
2.1.15	**Outras Comissões**	**924**
2.2	**Qualidade Subjetiva**	**937**
2.2.1	**Acolhimento**	**937**
2.2.1.1	Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica	937
2.2.1.2	Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica.	943
2.2.2	**Atendimento**	**949**
2.2.2.1	Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário.	949
2.2.2.2	Proposta de implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação.	962
2.2.2.3	Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores.	973
2.2.2.4	Plano/projeto para implantação do Sistema de Contrarreferência à Atenção Primária	980
3	**Qualidade técnica**	**989**
3.1	**Experiência Anterior em Gestão de unidade de saúde da proponente**	**991**
3.1.1	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 200 leitos.	-
3.1.2	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clínica especializada ou similar.	-
3.1.3	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade, com anuência posterior da SES/GO.	-
3.1.4	Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente.	-
3.2	**Estrutura da Gestão**	**992**

3.2.1	Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo.	992
3.2.2	Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência.	998
3.2.3	a) Experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuarão na unidade, com documento comprobatório do interesse do titular.	998
3.2.4	b) Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento (Policlínicas/AME/clínicas especializadas, etc).	998
3.3	**Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar**	**999**
3.3.1	Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário.	999
3.3.2	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatíveis com o perfil da unidade licitada.	1003
3.3.3	Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica	1247
3.3.4	Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatíveis com o perfil da unidade licitada.	1253
3.4	**Implementação e Funcionamento de outros Serviços**	**1873**
3.4.1	Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	1873
3.4.2	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.	1883
3.4.3	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.	1929
3.4.4	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	1946
3.4.5	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial.	1964
3.5	**Política de Recursos Humanos**	**1980**
3.5.1	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.	1980
3.5.2	Apresentação de plano de cargos e salários	2052

3.5.3	Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.	2107
3.5.4	Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	2134
3.6	**Metodologia de Projetos**	**2146**
3.6.1	Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	2146
	ANEXOS DA PROPOSTA DE TRABALHO	**2179**

INTRODUÇÃO

Tornou-se lugar-comum dizer que o ano de 2.020 dividiu a história da Terra em, por assim dizer, duas eras históricas da humanidade: o mundo "pré" e o mundo "pós" Covid-19.

É questão de relembrar, por exemplo, o início de 2.020, quando, em tempo real, o mundo assistiu ao dramático colapso do sistema de saúde da Itália, então com a média diária de 700 vítimas fatais – ou quando se viu Nova York se tornar uma cidade fantasma, numa paisagem digna dos filmes de ficção científica. Mais próximo do gênero do terror, corpos eram empilhados nas ruas de Guayaquil, no Equador – enquanto, sem nenhum apelo à ficção, satélites fotografavam, do espaço, gigantescas covas coletivas que alteravam o rosto geográfico do Irã. Isso sem se contar, no Brasil, as imagens chocantes das filas de pessoas que, desesperadas, buscavam qualquer tipo de oxigênio junto a qualquer distribuidora que se dispusesse a vender o ar em Manaus, desta feita na dita segunda onda da pandemia.

Goste-se ou não, o fato é que, em escala planetária, **a saúde deixou de ser considerada mera ciência vista em pé de igualdade com tantas outras, para assumir o protagonismo de agente definidor do futuro social, econômico e comportamental**. E se é verdade que, no campo teórico, a vida sempre foi o bem maior a ser preservado, apenas com o advento da revolução pandêmica é que este ideal se impôs como prioridade concreta e real.

Em meio a tantas tragédias, pode-se dizer que ao menos algo de positivo exsurgiu a partir desse novo mundo: a força do SUS brasileiro, que, afora o notório reconhecimento de sua importância, revelou-se ser o ativo mais importante do patrimônio nacional.

E essa importância só tende a aumentar.

Em um país de 210 milhões de habitantes, menos de 25% da população conta com algum tipo de assistência à saúde privada, de caráter suplementar. E desta parcela minoritária, 80% são assistidos pelos chamados planos empresariais[1] – aqueles disponibilizados por empresas e que, por conseguinte, pressupõem que haja um empregador e, por óbvio, um emprego.

Basta, porém, olhar para o quadro social do País, em meio a

[1] "Valor Econômico", edição de 12.05.21, matéria intitulada "Plano individual deve ter reajuste negativo".

múltiplas e infindáveis campanhas que tentam manter um mínimo de segurança alimentar à parcela menos abastada da população, para se chegar à conclusão de que, ao menos na próxima década, o SUS será cada vez mais e mais demandado.

Especialmente no caso do Brasil, em que 25% da população relata ter experimentado a nefasta experiência da falta de comida no mundo pós-Covid[2], e em que 23% das pessoas pertencentes às camadas mais pobres financeiramente formam um verdadeiro exército de "excluídos digitais"[3] (a aferir-lhes, de morte, o acesso a trabalho e renda), o desafio social não será pequeno. Não são poucos os que, antevendo o realce das desigualdades em futuras tensões sociais, destacam a "inflação alta, da comida em particular" e o "desemprego duradouro" e "estrutural"[4] como desafios a serem superados no Brasil – o que reforça a evidência de que o número de usuários do SUS tende a crescer exponencialmente. Não será diferente na Brasilândia, Jardim Peri, Pirituba ou Jardim Paulistano.

Martin Wolf, analista econômico do "Financial Times", constata que "não há um fim permanente para a crise econômica, sem um fim para a crise de saúde"[5]. Se a constatação, nos tempos atuais, é de evidência palmar, não menos palmar é outra evidência: está escancarado que a grande dificuldade da saúde é a desigualdade social – e não é à toa, por exemplo, que, enquanto, na média mundial, a taxa de vacinação, com o ciclo completo, foi de 64%, nos países mais pobres a taxa foi de vergonhosos 26%[6].

E isso, é claro, sem contar as sequelas físicas e mentais da Covid-19, ainda não estudadas por completo (o chamado *long term Covid*) – e que serão abordadas com mais detalhes ao longo desta proposta –, mas que, à toda evidência, desaguarão, mais dia, menos dia, sobre o sistema público de saúde.

Isso não é tudo. Sabe-se, por exemplo, que o rearranjo hospitalar, inclusive no âmbito privado, necessário ao enfrentamento do Coronavírus provocou significativo congestionamento em, por exemplo, cirurgias eletivas e outros procedimentos e exames tidos por não urgentes – mas que, em razão do tempo de espera, transmudaram-se em necessidades que não podem mais esperar, e cuja solução ainda não foi equacionada[7]. Tome-se como o

---

[2] "Folha de S. Paulo", edição de 21.05.21, matéria intitulada "Faltou comida para 25% dos brasileiros nos últimos meses"
[3] "Folha de S. Paulo", edição de 28.05.21, matéria intitulada "Exclusão digital deixa famílias pobres sem auxílio emergencial".
[4] Artigo de Vinícius Torres Freire publicado na "Folha de S. Paulo", edição de 30.05.21, intitulado "O erro do pessimismo exagerado".
[5] "Valor Econômico", edição de 26.05.21, artigo intitulado "Podemos acabar com a pandemia em 2022".
[6] Valor Econômico, edição de 22.02.23, matéria intitulada "Com só 2 anos vacina anticovid é recordista em óbitos evitados".
[7] Folha de S. Paulo, edição de 06.02.23, matéria intitulada "Saúde vai liberar R$ 200 mi para reduzir filas no SUS".

exemplo o caso dos pacientes oncológicos, cuja "demora no diagnóstico e o atraso para iniciar o tratamento estão entre os principais problemas enfrentados pelos pacientes de câncer no Brasil".[8]

Não foi à toa que 2.020 foi um ano de resultados para além de positivos para as operadoras privadas de saúde, que viram suas taxas de sinistralidade cairem 10 pontos percentuais em relação a 2.019[9] – embora todas elas, por conta da mencionada demanda reprimida, não escondam o ranger de dentes decorrente da inadiável retomada dos aludidos procedimentos, ameaçando sua sustentabilidade financeira, sob o argumento de, no primeiro momento do mundo pós-Covid, terem passado por um "patamar de sinistralidade artificialmente baixo"[10]. Registre-se, nesse panorama, a significativa crise de confiança por que passa a maior (e mais popular) operadora privada de saúde, que perdeu valor de mercado superior a 10 bilhões de reais em face da alta de sinistralidade observada no último trimestre de 2.022[11].

O compromisso do SUS, no entanto, não é com finanças, e sim com a saúde – e não obstante, como se diz, a saúde não tenha preço, mas tenha custo, a verdade é que o sistema público brasileiro atende a todos e a qualquer um, na integralidade de cada situação que se apresente, do nível mais básico da atenção primária à mais complexa das cirurgias.

Ao passo em que o mercado inventa formas de oferecer saúde parcial e dada a conta-gotas, sempre mediante boa paga em dinheiro, o SUS, ao fim e ao cabo, abarcará tudo o mais. Dia sim, dia também, aquelas companhias não medem esforços para obter mais licenças dos entes regulatórios, a fim de venderem serviços de saúde de carteira cada vez mais limitada e menor abrangência possível, sob a bandeira de que, sendo "mais flexíveis", seus planos tornam-se "mais aderentes à capacidade de pagamento das famílias e das empresas"[12]. Tome-se, como exemplo, o caso de empresa financeira que, por menos de R$ 35 mensais, ofertará a caminhoneiros consultas on-line mediante telemedicina[13], com o que caberia perguntar: e em que hospital esses caminhoneiros irão se tratar, ao se depararem com problemas de saúde? A resposta é evidente – e, queira-se ou não, as operadoras de serviços

---

[8] Suplemento pago pela Oncoguia, ONG dedicada ao apoio a pacientes com câncer", publicado na edição de 17.05.21 da "Folha de S. Paulo".
[9] "Valor Econômico", edição de 23.04.21, matéria intitulada "Como 'home office', gasto com convênio médico cai".
[10] Valor Econômico, edição de 14.05.21, matéria intitulada "Mais grave, segunda onda da pandemia impacta planos de saúde".
[11] Valor Econômico, edição de 02.03.23, matéria intitulada "Hapvida tem perda de R$ 10,5 bi na bolsa".
[12] "Valor Econômico", edição de 27.05.21, matéria intitulada "Governo tenta tapar brechas na regulação dos planos de saúde".
[13] "Valor Econômico", edição de 31.05.21, matéria intitulada "Rodobens entra em serviços de saúde".

privados de saúde têm um encontro marcado com a revolução pandêmica.

Vale, portanto, reiterar: ao contrário do ente privado, o sistema público não pode se desculpar e pedir ao paciente que vá bater em outra porta. E em face da revolução pandêmica, está evidente que suas demandas crescerão em níveis para lá de consideráveis.

Nesse contexto, o SUS do mundo pós-Covid precisará ser mais do que um provedor de terapêuticas curativas: o SUS do futuro precisa ser resolutivo e, na medida do possível, atuar como vetor de informação para predizer e prevenir doenças e agravamentos.

Para tal, a concepção do atendimento **integral** à saúde, tanto sob o aspecto físico quanto sob o aspecto mental, será uma meta a ser perseguida com obsessão – e para conhecer as carências sociais dos usuários de seus serviços, as unidades de saúde do futuro, acima de tudo, deverá ser **proativo para se integrar à sociedade** em que se encontra, inclusive como forma de lidar e se antecipar à enorme demanda de serviços que se avoluma.

Por conta disso, será necessária redobrada atenção para todas as possibilidades de acolhimento do paciente, ampliando-se o leque de recursos multidisciplinares e o enfoque holístico da saúde em seus múltiplos aspectos.

Nesse contexto, cumpre asseverar o fundamental papel da **literacia** na área da saúde –, da capacidade, oportunizada aos usuários dos sistemas de saúde, de "falar, ouvir, identificar conteúdos adequados, bem como ser capaz de lutar por direitos pessoais, da coletividade e no sistema de saúde..., habilitando as pessoas a agirem e tomarem suas decisões"[14].

"A literacia em saúde (health literacy) pode ser definida como a capacidade dos indivíduos em obter, compreender, avaliar criticamente e utilizar informações sobre saúde para seu próprio cuidado ou de terceiros. Ela envolve uma ampla gama de habilidades e competências, que são desenvolvidas ao longo da vida e que possuem influência de fatores demográficos, culturais, sociopolíticos e ambientais.

Estudos evidenciam que baixos níveis de literacia em saúde estão associados a maiores taxas de hospitalização e utilização de serviços de emergência, a limitações para o autocuidado de doenças e condições crônicas, a uma menor adesão ao

[14] https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2021/10/04/literacia-em-saude-um-meio-de-tomar-melhores-decisoes-para-viver-mais.htm

tratamento medicamentoso e, de forma geral, a piores resultados de saúde" (g.n.).[15]

Esta ferramenta, que viabiliza a melhor comunicação entre o prestador do serviço e seu usuário, facilitando-lhe o entendimento e ampliando o repertório dos conceitos, será aplicada na chamada "jornada do paciente" – o que será evidenciado no tópico específico referente a esse item.

Mais usuários, mais doenças, mais dificuldades sociais: eis o quadro novo trazido pela nova realidade imposta pela revolução pandêmica.

Não será surpreendente deduzir, sob esse panorama, que o SUS do futuro deverá entender (e atender) os anseios sociais de seus usuários – para o que não será possível economizar esforços em apoio, inclusive emocional, e comunicação, sem prejuízo, é claro, da busca permanente pela excelência operacional dos serviços de saúde *stricto sensu*. Como se vê, o hospital do futuro precisará, acima de tudo, servir – e não será exagero dizer que, no mundo pós-Covid, o modelo a ser perseguido será o do "Hospital Servidor".

Servir: esta será a nova palavra de ordem junto à Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

É evidente, como observado, que o quadro trazido com a revolução pandêmica será desafiador.

Para o IMED, contudo, ele é inspirador.

Porque é inspirado no ideal de cuidar com respeito que a presente proposta é apresentada. Cuidado só existe se for integral – e respeito pressupõe conhecer e integrar-se a quem se pretende servir.

O desafio é grande, mas não será este o primeiro a ser enfrentado por nós.

O IMED

Desafios, para quem se acomoda, são tormentos a serem evitados. Mas para quem, como o IMED, nasceu sob a obsessão de se melhorar cada vez mais, o desafio

[15] https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-realiza-i-mostra-brasileira-de-literacia-em-saude

é o nosso pão de cada dia.

Não nos iludamos: sempre fomos assim – e, enquanto forças tivermos, assim permaneceremos. Desafio é o nosso negócio. Superação é a nossa rotina.

Quando, já há 10 anos, iniciávamos nosso caminho, inspirávamo-nos no ideal de promover a saúde integral. A inspiração persiste a mesma – mas nosso compromisso moral para conosco mesmo é muito maior.

Se experiência é patrimônio, o que nos resta é agradecer – e para agradecer, é preciso lembrar. Nossa jornada tinha menos de um ano e, à nossa frente, de pronto, apresentou-se o desafio de administrar um complexo hospitalar com 300 leitos de internação e centro cirúrgico com 11 salas – o Hospital e Pronto-Socorro da Zona Norte (HZN[16]), em Manaus-AM. Sob nossa gestão (que perdurou por quatro anos), o HZN transformou-se na maior referência em urgência no Estado do Amazonas, chegando a atingir a marca de 20.000 atendimentos por mês[17].

De outro lado, o IMED, por cinco anos, fez a gestão de equipes do Programa de Saúde da Família (PSFs), junto ao município de Alfenas, em Minas Gerais. Também ali[18], o Instituto administrou cinco Residências Terapêuticas destinadas a pessoas com necessidades especiais e pessoas acometidas pela doença da dependência química, uma unidade CAPS (Centro de Atenção Psicosssocial[19]) tipo 2 e um Centro de Convivência, destinado ao mesmo público.



de-uma-





Em agosto 2.019, o IMED assumiu a gestão do HUTRIN – Hospital Regional de Urgências de Trindade - Walda Ferreira dos Santos (atualmente, HETRIN, Hospital Estadual de Trindade Walda Ferreira dos Santos[20]). Após dois meses da gestão que até hoje permanece, as modificações levadas a cabo pelo Instituto resultaram em significativa diminuição do tempo de espera para atendimento[21] em pronto-socorro[22]: de uma média superior a três horas de espera para menos de uma hora e meia[23]



[20] https://hospital-hetrin.org.br/
[21] https://inteligenciaeinovacao.com/pacientes-do-hetrin-sao-atendidos-por-equipe-multiprofissional-de-medicos/
[22] https://www.goias.gov.br/servico/35-saude/120687-hutrin-registra-numero-recorde-de-atendimentos.html
[23] https://hospital-hetrin.org.br/relatorios-mensais-e-anuais-de-suas-acoes-e-atividades/








No momento atual, o HETRIN encontra-se sob um inspirador processo de ampliação[34], triplicando sua capacidade de atendimento e passando dos atuais 56 para 149 leitos em uma área construída de 8 mil metros quadrados. Pode-se dizer que, portanto, um novo hospital será entregue ao SUS, sob a seriedade da gestão do IMED (que, registre-se, é responsável pela contratação da execução da obra[35]).

Seriedade, aliás, foi o que não faltou no famigerado ano de 2.020 – quando um vírus, em semanas, fez o que deuses não fizeram por milênios: colocou a Humanidade de joelhos dobrados.

No contexto das providências de guerra necessárias para fazer frente aos domínios da Covid-19, o IMED, em 13.05.20, assumiu o então Hospital Regional de Luziânia – HRL (atual HEL, Hospital Estadual de Luziânia), obra inacabada e cuja inauguração era aguardada desde 2.016. O compromisso era da altura que a gravidade da situação exigia: **disponibilizar o hospital 100% dedicado ao combate à Covid-19 à população em alguns dias**.

---

34 https://www.saude.go.gov.br/noticias/14837-governo-de-goias-inaugura-pedra-fundamental-da-ampliacao-do-hetrin

35 https://www.saude.go.gov.br/noticias/14837-governo-de-goias-inaugura-pedra-fundamental-da-ampliacao-do-hetrin

Em 8 (oito) dias de trabalhos ininterruptos, foram contratados 138 funcionários, além de ter-se providenciado toda a estrutura necessária para o funcionamento do então HRL. Foram implantados, naquele primeiro momento, 20 (vinte) leitos críticos[26] e 31 (trinta e um) leitos semi-críticos, além de 2 (dois) leitos críticos junto ao pronto atendimento (a chamada sala vermelha). É fato que o HEL, antigo HRL, posteriormente, apresentou estrutura bem mais robusta, com 40 leitos de UTI e 55 de Enfermaria, dentre outras melhorias – mas só quem viveu a realidade de um hospital sabe do esforço necessário para ter êxito na tarefa de iniciar uma operação em poucos dias.



[26] https://www.saude.go.gov.br/noticias/12605-hospital-regional-de-luziania-inaugura-mais-17-leitos-para-tratamento-de-covid-19



O esforço valeu a pena: ao final de 2.020, o então Hospital Regional de Luziânia recebeu prêmio concedido pela Confederação Brasileira de Futebol (CBF), referente ao projeto intitulado "Craques da Saúde" – iniciativa que tem como objetivo presentear os **hospitais públicos com maior índice de pacientes recuperados da Covid-19**[27].







[27] https://globoplay.globo.com/v/9457236/

A prova da excelência assistencial de seus serviços não poderia ser mais gritante: o HEL foi o **único hospital de campanha do Brasil**[28] (quiçá do mundo) que **recebeu o nível de acreditação com o selo Pleno ONA II**[29].



Também sob o mesmíssimo contexto da medicina de guerra necessária ao combate da Covid-19, o Imed assumiu, em 01.06.20, o então Hospital Regional de Formosa Dr. César Saad Fayad, após ter assinado o respectivo contrato emergencial de gestão quinze dias antes.

E, nesse caso, existia um fator agravante, que multiplicava o grau de dificuldade desafio: o Hospital, até então administrado pela Municipalidade de Formosa, não se tratava apenas de uma unidade de saúde destinada ao enfrentamento da Covid-19[30]. Isso porque, historicamente, o HRF (atualmente HEF, Hospital Estadual de Formosa[31] Dr. César Saad Fayad) promovia (e, de modo ininterrupto, continuou promovendo) atendimento 24 h em pronto-socorro na modalidade de "porta aberta", além de atendimento nas áreas de Clínica

[28] https://www.saude.go.gov.br/noticias/15123-hospital-estadual-de-luziania-e-unico-hcamp-do-brasil-com-certificacao-ona-2

[29] https://www.luziania.go.gov.br/hospital-regional-de-luziania-hrl-e-o-melhor-hospital-de-campanha-do-pais-quem-garante-e-a-certificacao-da-organizacao-nacional-de-acreditacao-ona/

[30] https://www.saudebusiness.com/voce-informa/hospital-regional-de-formosa-inaugura-leitos-de-uti

[31] https://hospital-formosa.org.br/

Médica, Ortopedia[32], Pediatria, Anestesiologia, além de Ginecologia e Obstetrícia[33] – constituindo-se, inclusive, na única referência da região para partos (os quais ultrapassam o número de 100 (cem) por mês).

Tais dificuldades foram superadas – e hoje o HEF é o único hospital público do chamado Entorno Norte do Distrito Federal dotado de Unidade de Terapia Intensiva, com 20 leitos ativos[34], atualmente destinados à UTI geral, todos implantados pela gestão do Imed (os primeiros da região, aliás). Mais: para se dimensionar o salto de qualidade assistencial[35] observado junto à unidade, tem-se que, entre junho de 2.020 e março de 2.021, o HEF mais que dobrou o número de atendimentos em seu pronto-socorro, o que se mantém até hoje.



[32] https://www.nahoradobrasil.com.br/2022/03/ligamentoplastia-inedita-e-realizada.html

[33] https://gazetadasemana.com.br/noticia/62627/centro-obstetrico-do-hef-passa-por-melhorias-para-humanizar-ainda-mais-o-atendimento

[34] https://inteligenciaeinovacao.com/hospital-estadual-de-formosa-tem-20-leitos-de-uti-geral-para-atender-a-populacao/

[35] https://www.saude.go.gov.br/noticias/15809-hospital-estadual-de-formosa-faz-mais-de-144-mil-atendimentos-em-2-anos



Isso não é tudo. Ampliando a capacidade de resolutividade do HEF, o Hospital, pela primeira vez desde a sua inauguração, passou, a partir de julho de 2.021, a realizar cirurgias de pequena, média e alta complexidade na área de Ginecologia, Ortopedia e Cirurgia Geral[36]. Foi realizada, inclusive, a primeira cirurgia ortopédica infantil[37] história do

[36] https://forumdesustentabilidade.com.br/hef-realiza-primeira-cirurgia-ortopedica-usando-tecnica-ilizarov/

[37] https://www.saude.go.gov.br/noticias/13346-hospital-regional-de-formosa-realiza-sua-1-cirurgia-ortopedica-infantil

HEF[38]. Entre **cirurgias de urgência e eletivas[39]**, o HEF, **entre dezembro de 2.021 e maio de 2.022, triplicou o número de procedimentos[40]** – solidificando seu status de referência para uma macrorregião de mais de 1,3 milhão de habitantes.

Mais: a exemplo do observado junto ao HETRIN, o IMED também foi encarregado de gerir a obra de construção do novo HEF – reforma que aumentará em 3 (três) vezes sua capacidade de assistência, passando dos atuais 96 para 242 leitos e da área construída de 5 mil metros quadrados para mais de 18 mil. O IMED, que permanece até o momento na gestão do Hospital, sabe que esse novo HEF revolucionará a saúde de toda uma região.

Muito mais poderia ser dito – como, por exemplo, dos inúmeros estudos de projetos de parcerias público-privadas dos quais o Instituto participa ou de sua gestão, também assumida em meio ao caótico cenário pandêmico, junto ao Hospital São Luís de Montes Belos, Dr. Geraldo Landó (referência para atendimento de uma população de aproximadamente 500 mil pessoas[41], residentes em 19 cidades daquela região, também em Goiás).



[38] https://hospital-formosa.org.br/relatorios-tecnicos-mensais-e-anuais-de-suas-acoes-e-atividades/

[39] https://www.jornaldemocratico.com.br/post/cirurgia-de-toracotomia-%C3%A9-realizada-pela-primeira-vez-no-hospital-estadual-de-formosa

[40] https://hospital-formosa.org.br/relatorios-tecnicos-mensais-e-anuais-de-suas-acoes-e-atividades/

[41] https://gazetadasemana.com.br/noticia/59006/heslmb-inicia-o-ano-com-novos-atendimentos-ambulatoriais



Complementado os projetos no Estado de Goiás, temos o **Hospital Estadual do Centro-Norte Goiano (HCN)[42], conhecido como o Gigante do Centro-Norte Goiano.**

Trata-se de hospital de **referência em alta complexidade[43]** não apenas para a região em que se encontra, mas **para todo o Estado de Goiás**, com atendimento em mais de 28 especialidades[44], com ênfase em Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria[45], Neonatologia, Cirurgia Pediátrica e Neurocirurgia – e que, recentemente, iniciou seu curso de residência médica.

O HCN possui 35 mil metros quadrados de área construída e está situado em uma área total de 63 mil metros quadrados. São 238 leitos gerais e 45 complementares, inclusive com UTIs adultas, pediátricas e neonatais. Há, ainda, 30 leitos de maternidade, 5 leitos de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e 10 salas cirúrgicas, com 14 leitos de recuperação.

---

[42] https://hospital-centrunortegoiano.org.br/
[43] https://www.youtube.com/watch?v=F5YQX4e-DzI
[44] https://www.jornalpopulacional.com.br/noticia/14937-hospital-de-uruacu-amplia-especialidades-e-comemora-realizacao-de-100-cirurgias.html
[45] https://globoplay.globo.com/v/10252720/



O HCN conta com um total de 283 leitos, sendo referência para Cirurgia de Trauma, Neurocirurgia, Maternidade de alto risco e Oncologia. Possui pronto-socorro com 7 leitos de Sala Vermelha, 22 leitos de Observação, com atendimento para o público adulto, pediátrico e obstétrico. São 90 leitos de Clínica Cirúrgica[46], 60 de Clínica Médica, 21 de Oncologia, 28 de Pediatria, 30 de Obstetrícia e 09 de Saúde Mental, além de contar com 5 leitos de UCIN (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal) e 40 leitos de UTI, sendo 10 pediátricos, 10 Neonatal e 20 de UTI adulto. Ainda na Oncologia, o HCN tem 22 poltronas para realização da quimioterapia.

[46] https://gazetadasemana.com.br/noticia/68283/hospital-estadual-do-centro-norte-goiano-tem-servico-inedito-de-cirurgia-toracica-pediatrica



O HCN é nada mais, nada menos, do que o primeiro centro de tratamento oncológico estadual em Goiás – e atende não apenas os pacientes diagnosticados com a doença, como também os que possuem suspeita.

Por fim, cabe falar do mais novo projeto do Instituto, **o Hospital Municipal da Brasilândia Dr Adib Jatene – HMB,** da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

A unidade teve seu contrato de gestão assinado em 06.11.23 e foi assumida, efetivamente, no dia 22 daquele mês. Tão logo deu-se a assinatura do contrato, o IMED fez-se presente junto ao HMB não apenas para tomar ciência de todos os fluxos e rotinas então vigentes no HMB, mas, sobretudo, para, ao mesmo tempo, mapear e refletir sobre tais fatores, de modo a implantar modificações que otimizassem os recursos físicos, técnicos e assistenciais (passo prévio e imprescindível à oferta de uma assistência humanizada, segura, digna, eficaz e de excelência).

Uma das primeiras medidas implantadas foi **a reestruturação e ressignificação do Núcleo Interno de Regulação (NIR)**, o qual é responsável pela interlocução com a Secretaria Municipal de Saúde e unidades locais de regulação de pacientes,

cabendo ao mesmo notificar a quantidade de leitos disponíveis na unidade para internação e exames. **Não basta ofertar um serviço público de saúde: é necessário disponibilizá-lo a toda a rede, pois de nada vale aquilo que não se usa**. Agora, fazem parte das normas e rotinas do NIR do HMB, após a reestruturação do setor, **aceitar o maior número possível de pacientes que aguardam tratamento junto à rede municipal** (respeitados os recursos pactuados com a SMS).

Além disso, a unidade **foi assumida com 184 leitos**, sendo 20 leitos de UTI Adulto, 10 leitos de UTI Pediátrica e 154 leitos de Internação Clínica, Cirúrgica e Pediátrica; **passando para, atualmente, 323 leitos**, sendo: 60 leitos de UTI Adulto, 10 leitos de UTI Pediátrica e 253 de internação Clínica, Cirúrgica e Pediátrica. Em dezembro de 2023 eram realizados, mensalmente, cerca de 13.500 atendimentos de urgência e emergência e 50 cirurgias. Atualmente, o Hospital realiza mais de 20.000 atendimentos de PS e mais de 350 cirurgias por mês.

Também ativamos o atendimento ambulatorial no HMB, iniciando com a especialidade de Ortopedia, segmentos ombro/cotovelo e pé/tornozelo. Esse atendimento possibilitou dar início a uma programação cirúrgica nesta especialidade, para pacientes de demanda reprimida, contribuindo enormemente para a população paulistana, o que culminou com o início das cirurgias eletivas do mutirão de ortopedia, que se deu a partir de março.

Como visto, o IMED é **referência de dedicação e compromisso junto ao SUS**. Recuperamos mais de 3.000 pacientes portadores da Covid-19, promoveu mais de 400 mil atendimentos, realizamos mais de 1 milhão de exames e propiciamos emprego a mais de 2.500 colaboradores, capacitando-os com mais de 50.000 horas de treinamentos.

Embora não saibamos como será exatamente o futuro, sabemos que ele será de maiores realizações – e de maior responsabilidade.

EVOLUÇÃO DA OBRA DE AMPLIAÇÃO E REFORMA DO HETRIN



AMPLIAÇÃO E REFORMA DO HETRIN











PLANTA BAIXA ATUAL



ÁREA TOTAL = 2.491,42 m²

Hospital Estadual de Vitória

PLANTA BAIXA PROJETO



ÁREA TOTAL = 8.194,47 m²

Hospital Estadual de Vitória

ESTIMATIVA DE CUSTOS DA OBRA

Considerada a área final do projeto que é de 8.194,42 m², utilizando o valor ESTIMADO de R$ 6.490,89/m², ESTIMA-SE o VALOR de R$ 53.214.025,45 (cinquenta e três milhões, duzentos e quatorze mil, vinte e cinco reais e quarenta e cinco centavos).



RESUMO AMPLIAÇÃO DE LEITOS

DESCRIÇÃO	NO HOSPITAL	NOVO LEITOS	OBSERVAÇÕES OPERAÇÃO ATUAL
Área do Hospital			
Área de Ampliação			
Leitos de Observação			
Leitos de Emergência			
Enfermaria Obstétrica			
Enfermaria Clínica Pediátrica			
Enfermaria Clínica Médica			
Leitos de UTI			
Quarto de Isolamento			
Leitos para Parto Normal			
Leitos Cirúrgicos			
SRPA			
Total de Leitos			



EVOLUÇÃO DA OBRA: Bloco 01



CONCLUÍDAS
- Fundações Recepção 01;
- Estrutura Recepção 01;

EM EXECUÇÃO
- Alvenaria interna e externa Recepção 01;
- Platibandas Recepção 01

ENTREGUES
- Região Imagenologia (Tomografia e Raio-x).

Hospital Estadual de Trindade

EVOLUÇÃO DA OBRA: Bloco 01 (Imagenologia)





Hospital Estadual de Trindade

EVOLUÇÃO DA OBRA: Bloco 01 (Imagenologia)





EVOLUÇÃO DA OBRA: Bloco 01 (Imagenologia)



EVOLUÇÃO DA OBRA: Bloco 01 (Recepções e Ambulatório)





EVOLUÇÃO DA OBRA: Bloco 04



CONCLUÍDAS

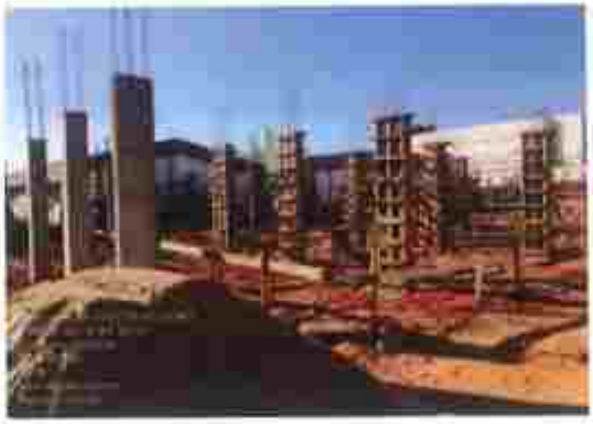
- Fundações
- Blocos 1500 P46

EM EXECUÇÃO

- Vigas baldrame a partir do P46
- Última etapa de blocos de concreto

EVOLUÇÃO DA OBRA: Bloco 04





Hospital Estadual de Tricordia

EVOLUÇÃO DA OBRA: CENTRAL DE RESÍDUOS



CONCLUÍDAS

- Fundações;
- Pilares;
- Alvenaria.

EM EXECUÇÃO

- Vigas cobertura;
- Reboco.

Hospital Estadual de Tricordia

EVOLUÇÃO DA OBRA: CENTRAL DE GASES



CONCLUÍDAS

- Instalações
- Plantas e vigas
- Alvenaria

EM EXECUÇÃO

- Reboco

Hospital Estadual de Trindade

GESTÃO COM TRANSPARÊNCIA





IMED.ORG.BR

Hospital Estadual de Trindade

AMPLIAÇÃO E REFORMA DO HEF

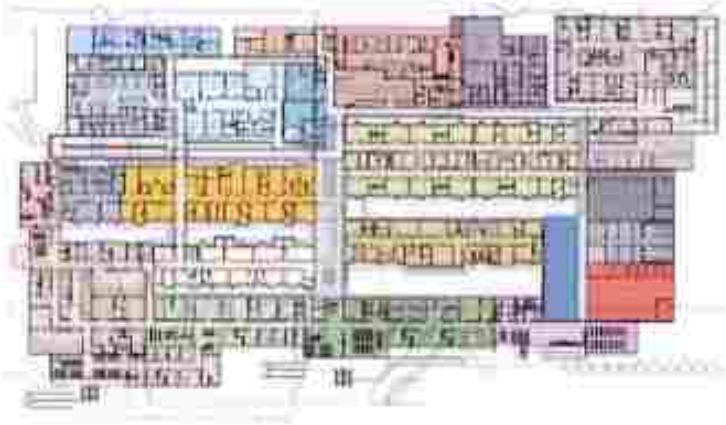


PLANTA BAIXA ATUAL



ÁREA TOTAL = 5.061,21m²

PLANTA BAIXA PROJETO



ÁREA TOTAL = 17.106,63 m²

RESUMO AMPLIAÇÃO DE LEITOS

descrição	[illegible]	[illegible]
Área Hospitalar	5.092,20	17.106,63
Área de projeção	13.525,58	
Leitos de Observação Adulto	04	08
Leitos de Observação Trauma	04	04
[illegible]	02	06
[illegible]	04	06
Leitos de Emergência Clínica	08	08
Leitos de Emergência Trauma	04	05
Alojamento Conjunto	12	22
UCO	02	02
Internação Cirurgia	08	16
Internação Clínica Médica	10	22
Internação Pediátrica	04	08

RESUMO AMPLIAÇÃO DE LEITOS

[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total de Leitos	90	240

Hospital Estadual de Parnaíba

ESTIMATIVA DE CUSTOS DA OBRA

Considerada a área final do projeto que é de 17.586,63 m², utilizando o valor ESTIMADO de R$ 6.493,89/m², ESTIMA-SE o VALOR de R$ 114.205.640,69 (Cento e quatorze milhões, duzentos e cinco mil, seiscentos e quarenta reais e sessenta e nove centavos).



Hospital Estadual de Parnaíba

Sustentabilidade: questão de saúde por excelência.

As **mudanças climáticas** são consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o **principal problema de saúde pública da Humanidade**. A diretora de Meio Ambiente, Mudanças climáticas e Saúde da OMS, Maria Neira, 2021, afirma que "Nunca ficou tão claro que a crise climática é uma das emergências de saúde mais urgentes que todos enfrentamos"[47].

A previsão é de que, de 2.030 a 2.050, aproximadamente 250.000 mortes sejam causadas a mais por ano, por conta das consequências das mudanças climáticas - como malária, diarreia, má nutrição e problemas associados a ondas de calor, entre outros"[48].

As consequências dessas transformações acontecem em diversas esferas, como: na saúde mental de populações que vivem em áreas mais atingidas por desastres ambientais, podendo levar a casos de depressão, ansiedade, síndrome do pânico, ou até suicídio, entre outras[49]; no aumento da propagação de doenças transmitidas por vetores (como, por exemplo, o caso da dengue no Brasil, em que a capacidade vetorial do *Aedes aegypti* aumentou[50]); no prejuízo à produção de alimentos devido às alterações da pluviosidade e temperatura em diversas áreas do planeta, podendo favorecer até a subnutrição e desnutrição[51]; no aumento da mortalidade associada às ondas de calor, em especial em crianças e idosos; na morbimortalidade por doenças cardiorrespiratórias[52]; e até mesmo no aumento de migrações e conflitos armados associados a uma busca por terras melhores[53], que sejam mais produtivas e situadas em regiões que não tenham sofrido tanto com a falta de água.

---

[47] UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAMME (2022). Emissions Gap Report 2022: The Closing Window — Climate crisis calls for rapid transformation of societies. Nairobi. Disponível: https://www.unep.org/emissions-gap-report-2022

[48] COSTELLO, Anthony; ABBAS, Mustafa; ALLEN, Adriana; *et al*. Managing the health effects of climate change. The Lancet, v. 373, n. 9676, p. 1693–1733, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19447250/>.

[49] GORGA, Marcelo. Implicancias bioéticas y neuroéticas del cambio climático y sus efectos sobre la salud. Revista Latinoamericana de Bioética, v. 16, n. 30-1, p. 80, 2015. Disponível em: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/1446>. Acesso em: 21 Jan. 2022

[50] Floss M, Barros E, Bressel M, Hacon S, Stein A, Sirena S, et al. Lancet Countdown 2018 Report: Briefing for Brazilian Policymakers Lancet Countdown. 2018;1:19

[51] SALAS, Renee N. ; SOLOMON, Caren G. The Climate Crisis — Health and Care Delivery. New England Journal of Medicine, v. 381, n. 8, p. e13, 2019. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1906035>. Acesso em: 21 Jan. 2022

[52] Abrantes P, Silveira H. Alterações climáticas na Europa: efeito nas doenças parasitárias humanas. Revista Portuguesa de saúde pública. 2009;27:16

[53] Luca PD. UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE. Análise da questão dos refugiados climáticos-2018;95

Estudo recente, de 2.019, investigou quase 600.000 internações em 1.814 cidades brasileiras e constatou que o aumento de 5°C na temperatura média diária foi associado a 6% no aumento na hospitalização devido ao advento de diabetes – sendo esta mais intensa nos pacientes maiores de 80 anos[54].

O mesmo grupo de pesquisadores fez outra pesquisa procurando investigar a associação entre exposição ao calor de curto prazo e risco de hospitalização por desnutrição no Brasil.

Nesse estudo foram analisadas em torno de 240.000 internações em 1814 cidades brasileiras. os dados mostraram que, **a cada aumento de 1°C na temperatura média diária, foi associado a um aumento de 2,5% nas hospitalizações por desnutrição no intervalo de 0-7 dias**, sendo essas mais significativas para pacientes com idade superior 80 anos, de 0 a 4 anos e de 5 a 19 anos. Eles estimaram que 15,6% das internações por desnutrição poderiam ser atribuídas à exposição ao calor[55].

Ao avaliarem também o impacto do aumento da temperatura nas internações por doenças renais em 2.726.886 internações, observaram que risco foi mais proeminente em mulheres, crianças de 0 a 4 anos e idosos acima 80 anos. E que 7,4% das internações por doenças renais podem ser atribuídas ao aumento da temperatura, equivalendo a 202.093 a mais de internações devidos ao aquecimento global.[56]

Um outro estudo, este de 2.022, realizou uma revisão sistemática na literatura sobre relação entre doença cardiovascular (DCV) e doença respiratória (DR), considerando horas após a exposição à poluição ou à temperatura do ar ambiente. Os resultados apontaram para um risco aumentado de morbidade cardiovascular total e também para morbidade total por DR associado à poluição nas primeiras 12 h após a exposição na maioria dos casos. A análise de DCV por causa específica observou um risco aumentado de morbidade por infarto do miocárdio dentro de 6 horas após a exposição a $PM_{2,5}$, PM_{10} e NO_2, e um risco

---

[54] - Xu R, Zhao Q, Coelho MSZS, Saldiva PHN, Zoungas S, Huxley RR, Abramson MJ, Guo Y, Li S. Association between Heat Exposure and Hospitalization for Diabetes in Brazil during 2000-2015: A Nationwide Case-Crossover Study. Environ Health Perspect. 2019 Nov;127(11):117005. doi: 10.1289/EHP5688

[55] Xu R, Zhao Q, Coelho MSZS, Saldiva PHN, Abramson MJ, Li S, Guo Y. The association between heat exposure and hospitalization for undernutrition in Brazil during 2000-2015: A nationwide case-crossover study. PLoS Med. 2019 Oct 29;16(10):e1002950. doi: 10.1371/journal.pmed.1002950

[56] Wen B, Xu R, Wu Y, Coêlho MSZS, Saldiva PHN, Guo Y, Li S. Association between ambient temperature and hospitalization for renal diseases in Brazil during 2000-2015: A nationwide case-crossover study. Lancet Reg Health Am. 2021 Oct 31;6:100101. doi: 10.1016/j.lana.2021.100101

aumentado de morbidade por parada cardíaca fora do hospital em 12 horas após a exposição ao CO. O risco de DCV total também aumentou dentro de 24 horas após a exposição ao calor.[57]

Anualmente, uma das maiores revistas científicas, *The Lancet*, tem se dedicado a investigar e divulgar os dados sobre os impactos das mudanças climáticas por meio do da publicação *The Lancet Countdown* – uma colaboração internacional que monitora de forma independente as consequências para a saúde de um clima em mudança.

Publicando indicadores atualizados e aprimorados a cada ano, o *Lancet Countdown* considera 44 indicadores analisados por mais de 120 especialistas líderes de instituições acadêmicas e agências da ONU em todo o mundo – reunindo cientistas do clima, engenheiros, especialistas em energia, economistas, cientistas políticos, profissionais de saúde pública e médicos. Ano após ano, essas publicações vêm mostrando como o cenário vem se agravando.

Os 44 indicadores desse relatório expõem um aumento ininterrupto dos impactos da mudança climática, *"fornecendo um imperativo claro para uma ação acelerada que coloque a saúde das pessoas e do planeta acima de outras agendas".*[58]

Segundo o último relatório do *Lancet Countdown* de 2.022, houve o crescimento de cerca de 29% das áreas afetadas por secas extremas no mundo, sendo que crianças e idosos são o maior grupo de risco. O número de casos de malária subiu 31.3% nas regiões mais altas das Américas, e a dengue teve um aumento de 12%. A insegurança alimentar foi outro ponto grave apontado pelo relatório, colocando que cerca de 98 milhões de pessoas foram atingidas de forma moderada ou severa pela insegurança alimentar decorrente do calor extremo.

No último relatório do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC), publicado em 2.022, que reuniu 278 cientistas de 65 países, foi apontado que, para que se tenha a chance de manter a o aumento da temperatura no limite do 1,5°C estabelecido pelo Acordo de Paris, as emissões de GEE precisam parar de crescer em 2.025 e cair 43% até 2030[59]. O vice-presidente do Grupo de Trabalho II do IPCC, que produziu o

[57] Wu K, Ho HC, Su H, Huang C, Zheng H, Zhang W, Tao J, Hossain MZ, Zhang Y, Hu K, Yang M, Wu Q, Xu Z, Cheng J. A systematic review and meta-analysis of intraday effects of ambient air pollution and temperature on cardiorespiratory morbidities: First few hours of exposure matters to life. EBioMedicine. 2022 Dec;86:104327. doi: 10.1016/j.ebiom.2022.104327

[58] Romanello M et al. The 2022 report of the *Lancet* Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. The lancet. VOLUME 400, ISSUE 10363, P1619-1654, NOVEMBER 05, 2022

[59] IPCC - IPCC, 2022: *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability*. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [H.-O. Pörtner, D.C. Roberts, M. Tignor, E.S. Poloczanska, K. Mintenbeck, A. Alegría, M. Craig, S. Langsdorf, S. Löschke, V.

relatório, Hans-Otto Portner, afirmou que "a evidência científica é inequívoca: a mudança climática ameaça o bem-estar humano e a saúde do planeta". Segundo ele, "qualquer atraso para garantir ação global resultará na perda de uma janela que já está se fechando rapidamente para garantir um futuro habitável".

De outro lado, de forma paradoxal, tem-se observado que hospitais também acabam agravando os problemas de saúde devido aos produtos e tecnologias empregados em suas atividades – com destaque para o grande volume de resíduos sólidos produzidos e de recursos consumidos, constituindo uma fonte significativa de poluição e emissão de muitos gases de efeito estufa (GEE) e intensificando, ainda que de modo involuntário, as tendências que ameaçam a saúde pública[60]. Caso todos os hospitais do mundo fossem considerados um país, este ocuparia a 5ª posição mundial na emissão de gases efeito estufa, enquanto o Brasil ocupa, atualmente, a 7ª posição mundial[61].

Trata-se, goste-se ou não, de cenário amedrontador, que, de fato, mostra como as mudanças climáticas ameaçam a vida dos seres humanos no planeta Terra, como aponta a literatura internacional – cenário, como visto, agravado pela atividade hospitalar. Mas, de outro lado, o setor de saúde, pela sua grande credibilidade e confiança que a população deposita, em especial em seus colaboradores, pode assumir uma posição especial de liderança na mitigação dos efeitos da mudança climática, reduzindo sua magnitude e seus impactos na saúde.

Em outubro de 2.021, a ONU lançou um relatório de preparação para a Conferência Sobre Mudanças Climáticas (COP26), em Glasgow, na Escócia- "Emissions Gap Report 2022: The Closing Window — Climate crisis calls for rapid transformation of societies" e ao mesmo tempo foi lançada uma carta aberta assinada por mais de dois terços da força de trabalho global em saúde - 300 organizações que representam pelo menos 45 milhões de médicos e profissionais de saúde em todo o mundo. O documento alertava os líderes nacionais e internacionais da COP26 sobre a necessidade de intensificar a planos de ação climática. E as organizações de saúde em questão afirmaram que, em qualquer lugar que prestem atendimento,

---

Möller, A. Okem, B. Rama (eds.)]. Cambridge University Press. Cambridge University Press, Cambridge, UK and New York, NY, USA, 3056 pp., doi:10.1017/9781009325844

[60] KARLINER, J.; GUENTER R. et. all. Agenda Global de Hospitais Verdes e Saudáveis. 2015. Disponível em: <http://www.hospitaissaudaveis.org/arquivos/GGHHA-Portugese.pdf

[61] SLOTTERBACK, S ; KARLINER, J; BOYD, R; ASHBY, B.; STEELE K. Health care 's climate footprint.2019. Dispovivel em: <https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf

eles já enfrentam os danos à saúde causados pelas mudanças climáticas[62].

Feitas essas ponderações, é fundamental que os hospitais adotem em sua gestão ações mais sustentáveis, procurando alcançar os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da ONU (ODS)[63]. **Toda esta proposta está alinhada com esses objetivos**.

Além dessas diretrizes internacionais, é crucial adequar suas ações aos princípios do ESG (*Environmental, Social and Governance*).

Isso não é tudo: é preciso também colocar em prática os preceitos contidos no Projeto Hospitais Saudáveis (PHS), ligado à rede internacional de Saúde sem Dano (SSD) a qual é voltada a serviços de saúde, lançando indicadores para que seus serviços contemplem melhor gerenciamento de resíduos sólidos, medições e quantificação da emissão de GEE e compras mais sustentáveis, dentre outros aspectos.

E é exatamente esse caminho que o IMED irá adotar para gerir o Hospital Municipal Adib Jatene.

Tendo em vista que o compromisso com o meio ambiente, a sociedade e transparência é gênero de primeira necessidade, o desenvolvimento sustentável é premissa em todas as linhas de atuação do IMED. Sob esse panorama, as atividades do Instituto se pautarão pelos princípios trazidos com a rede internacional "Saúde sem Dano":

"Saúde Sem Dano é uma coalizão internacional de hospitais e sistemas de saúde, profissionais da saúde, grupos da comunidade, sindicatos e organizações ambientalistas que se propõem transformar mundialmente o setor de cuidado da saúde, sem comprometer a segurança ou o cuidado do paciente, para que seja ecologicamente sustentável e deixe de ser uma fonte de dano para as pessoas e o meio ambiente".[64]

Em 2.011 essa rede lançou a Agenda Global para Hospitais Verdes e Saudáveis - uma agenda abrangente de saúde ambiental para hospitais e sistemas de saúde em todo o mundo. A iniciativa funciona como uma ferramenta de apoio a iniciativas em todo o mundo, buscando promover maior sustentabilidade e saúde ambiental no setor saúde. Nela

[62] Healthy Climate Prescription - An urgent call for climate action from the health community. 2022. Disponível em: https://healthyclimateletter.net/
[63] https://ideiasustentavel.com.br/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/
[64] Saúde Sem Dano. Disponível em: https://saudesemdano.org/america-latina/nos

existem referenciais abrangentes aos hospitais e sistemas de saúde de todo o mundo, com 10 objetivos pautados nos ODS e interligados, sendo eles[65]:

- **LIDERANÇA:** priorizar a saúde ambiental como um imperativo estratégico. PROPÓSITO DA AGENDA - manifestar **apoio da liderança** aos hospitais verdes e saudáveis a fim de: instituir a **cultura organizacional** da sustentabilidade; alcançar uma ampla participação dos trabalhadores do setor saúde e da comunidade; e fomentar políticas que promovam a saúde ambiental.

- **SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS**: substituir substâncias químicas perigosas por alternativas Mais Seguras. PROPÓSITO DA AGENDA - melhorar a saúde e a segurança dos pacientes, dos trabalhadores, das comunidades e do meio ambiente utilizando substâncias químicas, materiais, produtos e processos **mais seguros**, indo além das exigências de conformidade ambiental.

- **RESÍDUOS:** reduzir, tratar e dispor de forma segura os resíduos de serviços de saúde. PROPÓSITO DA AGENDA - proteger a saúde pública **reduzindo o volume e a toxicidade dos resíduos** produzidos pelo setor saúde, implementando ao mesmo tempo as opções ambientalmente mais apropriadas de gestão e destinação dos resíduos.

- **ENERGIA PROPÓSITO DA AGENDA:** implementar eficiência energética e geração de energias limpas renováveis. PROPÓSITO DA AGENDA - **reduzir o uso de energia** proveniente de combustíveis fósseis como forma de melhorar e proteger a saúde pública; promover a eficiência energética, bem como o uso de **fontes renováveis**, visando, em longo prazo, obter 100% das necessidades de energia obtidas de fontes renováveis geradas no hospital ou na comunidade.

- **ÁGUA**: reduzir o consumo de água e fornecer água potável. PROPÓSITO DA AGENDA implementar uma série de medidas de conservação, reciclagem e tratamento que **reduzam o consumo de água dos hospitais** e a poluição por águas residuais. Estabelecer a relação entre a disponibilidade de água potável e a resiliência dos serviços de saúde para suportar problemas físicos, naturais, econômicos e sociais. Promover a saúde pública e ambiental fornecendo água potável para a comunidade.

- **TRANSPORTE**: melhorar as estratégias de transporte para pacientes e funcionários. PROPÓSITO DA AGENDA - Desenvolver estratégias de transporte e de assistência à saúde

[65] Saúde Sem Dano (Health Care Without Harm. Agenda Global para Hospitais Verdes e Saudáveis. 2011. Disponível em: https://cdn.hospitaissaudaveis.org/uploads/biblioteca/YKioOAkJok1648564337576.pdf

que **reduzam a pegada de carbono** dos hospitais e sua parcela de contribuição para a poluição local.

- **ALIMENTOS**: comprar e oferecer alimentos saudáveis e cultivados de forma sustentável. PROPÓSITO DA AGENDA - reduzir a pegada ambiental dos hospitais **estimulando ao mesmo tempo hábitos alimentares saudáveis** entre os pacientes e funcionários. Favorecer o acesso a alimentos produzidos localmente e de forma sustentável na comunidade.

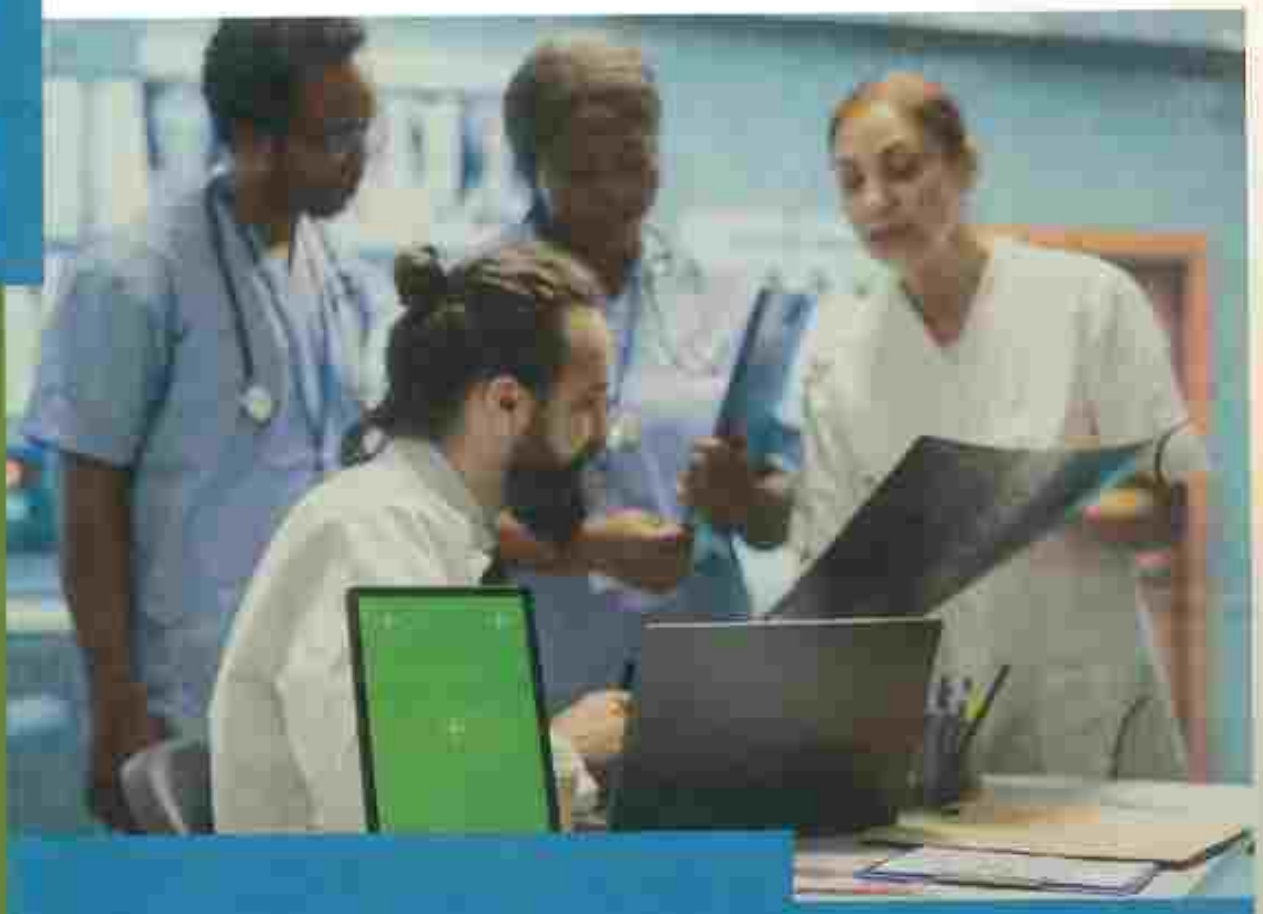
- **PRODUTOS FARMACÊUTICOS**: prescrição apropriada, administração segura e destinação correta. PROPÓSITO DA AGENDA - reduzir a poluição por produtos farmacêuticos **diminuindo as prescrições desnecessárias**, minimizando a destinação inadequada de resíduos farmacêuticos, promovendo sua devolução aos fabricantes e pondo fim ao dumping medicamentos na forma de ajuda à catástrofes.

- **EDIFÍCIOS:** apoiar projetos e construções de hospitais verdes e saudáveis. PROPÓSITO DA AGENDA - Reduzir a pegada ambiental do setor saúde e transformar os hospitais em um **local mais saudável** para funcionários, pacientes e visitantes mediante a incorporação de práticas e princípios de edifícios ecológicos no projeto e na construção de unidades de saúde.

- **COMPRAS**: comprar produtos e materiais mais seguros e sustentáveis. PROPÓSITO DA AGENDA - comprar materiais **produzidos de maneira mais sustentável** através de cadeias de suprimentos social e ambientalmente responsáveis.

O IMED vem incorporando em todas as suas ações os princípios ESG, pautados em cada uma das diretrizes acima. Não será diferente quanto à gestão da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa cuja gestão igualmente se pautará pelos referidos princípios.

1



ÁREA DE ATIVIDADE

1.1 – Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais

1.1.1 – Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde

1.1.1.1 - Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas.

De acordo com o Instrumento de Chamamento Público Nº 10/2024-SES/GO, a **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** funcionará de segunda-feira a sexta-feira, no mínimo, 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, integrando a Rede Estadual de Saúde de Goiás, definida como uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

A unidade de saúde possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Dispõe de recepções, salas de espera, consultórios, salas para exames, posto de coleta do laboratório, farmácia, posto de enfermagem, central de esterilização de material, além de salas destinadas à administração e outros setores. Importante destacar que os fluxos do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) e da Ressonância Magnética, por ora, não serão aqui apresentados devido dependerem da autorização e liberação de recursos de investimentos pela SES-GO, específicos à implantação destes serviços.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 50/2002, as circulações externas e internas dos Estabelecimentos Assistenciais à Saúde correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050 da ABNT.

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

A. **ÁREAS RESTRITAS:** São os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. Ex: Isolamentos, Centro Cirúrgico, Sala de Pequenos Procedimentos, CME e Hemodiálise. Somente os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupas próprias da unidade;

B. **ÁREAS INTERNAS**: São os ambientes gerais do estabelecimento de saúde onde circulam todos os envolvidos, tanto os profissionais da unidade quanto pacientes, acompanhantes e visitantes, além claro de fornecedores. Para maior controle dos fluxos, classificamos por grupo de fluxos os envolvidos da seguinte forma:

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

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

B.3. **Acompanhantes**: São constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na unidade de saúde, inclusive na fase de internação ou hemodiálise, por exemplo, quando se tratar de crianças e idosos. A circulação destes pela unidade deve ser restrita às áreas funcionais;

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

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

C. **ÁREAS EXTERNAS**: São as áreas destinadas aos tipos de serviços e a população usuária que requerem estacionamentos na unidade de saúde, tais como:

C.1. Paciente externo transportado (com mobilidade reduzida), que chega ou parte de automóvel ou ambulância;

C.2. Paciente para realização de procedimentos;

C.3. profissionais que atuam na unidade de saúde, se possível vaga de uso exclusivo;

C.4. entrega de fornecimentos: materiais, medicamentos, gases, equipamentos etc.;

C.5. remoção de cadáveres;

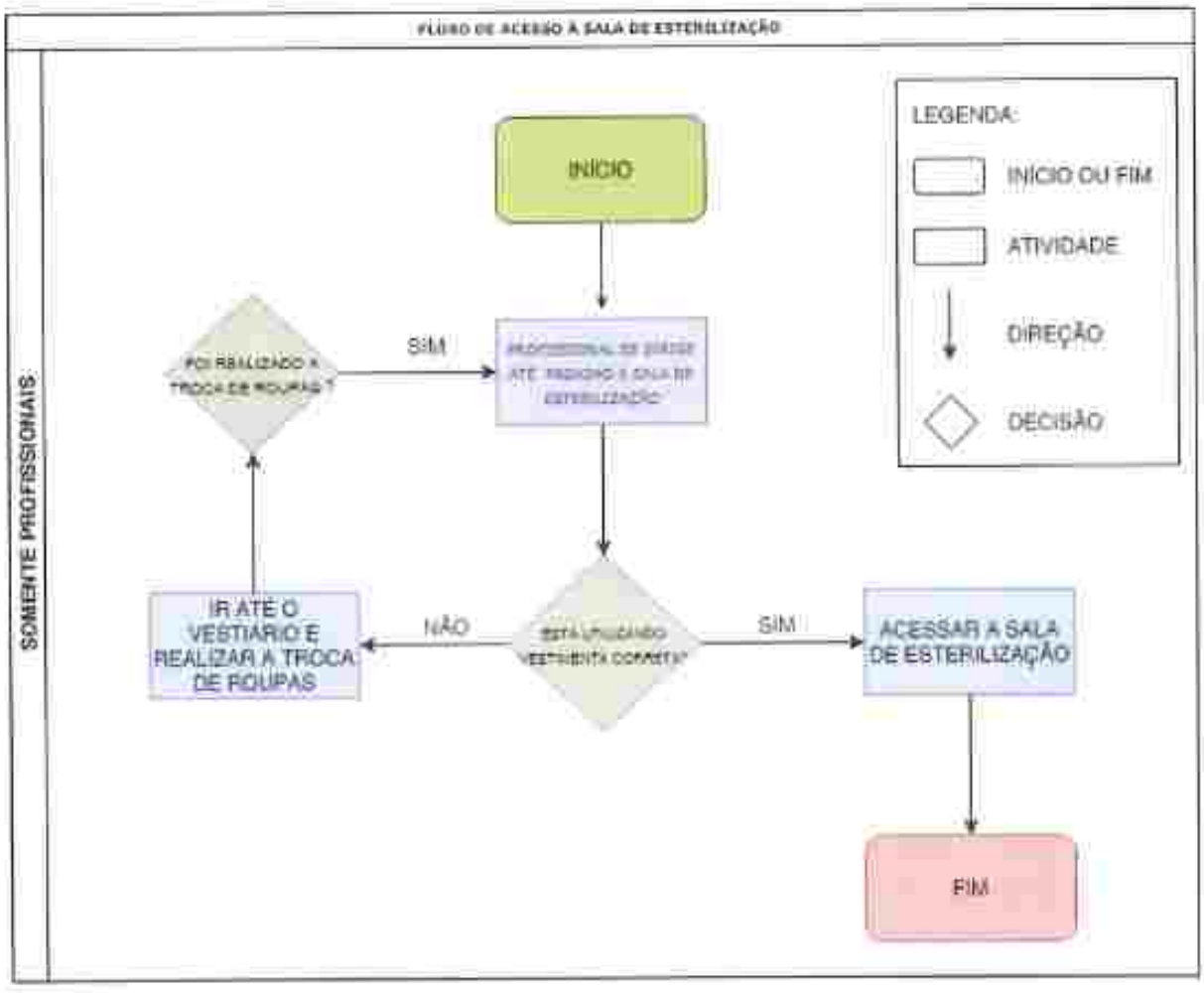
C.6. remoção de resíduos.

DESCRIÇÃO DOS FLUXOS

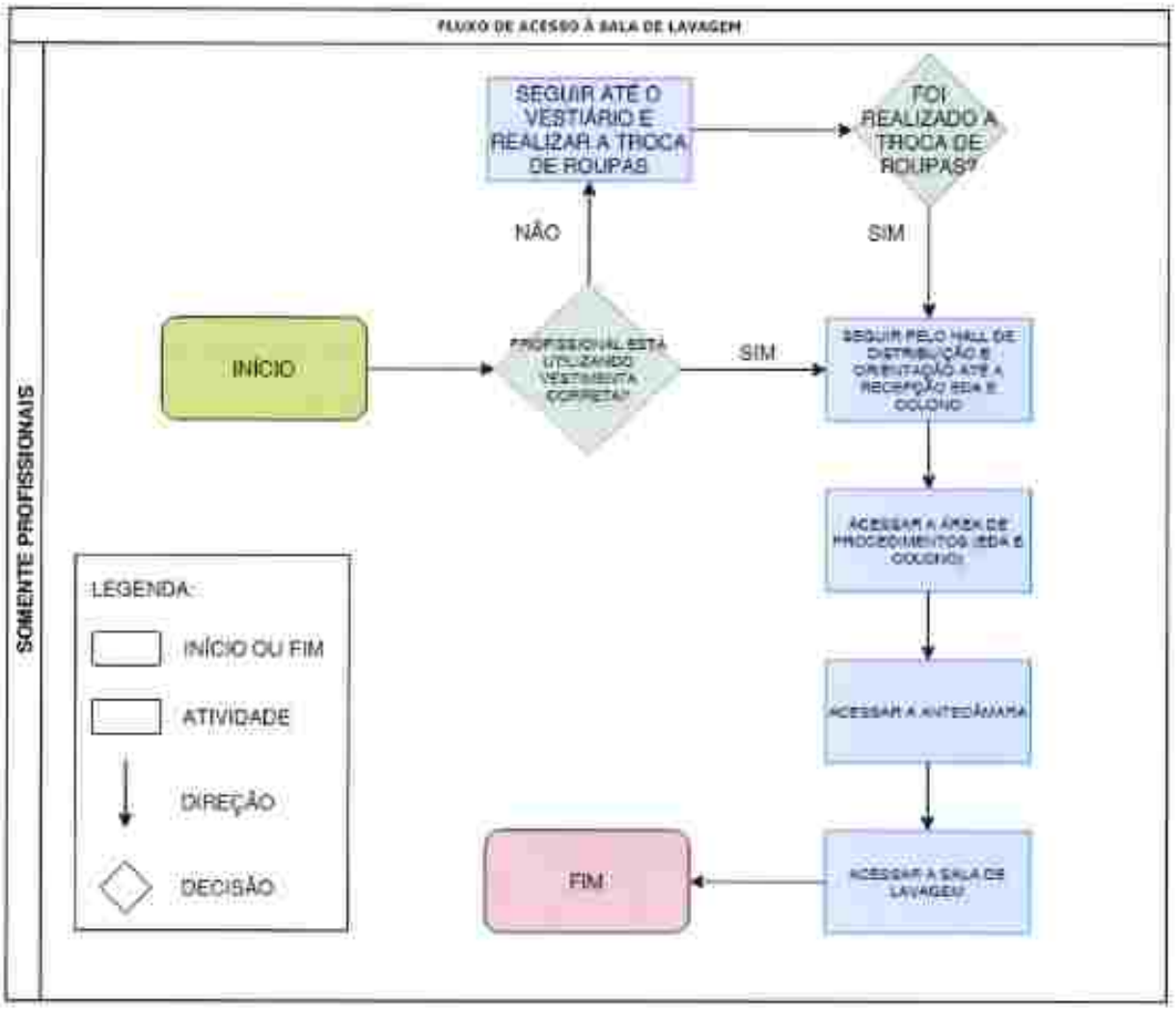
ÁREAS RESTRITIVAS

Fluxos de acesso à Sala de Esterilização e Sala de Lavagem

Fluxo de acesso à Sala de Esterilização por profissionais: Todos os profissionais deverão realizar a troca de roupa no vestiário, seguir pelo corredor lateral do hall de distribuição e orientação até a recepção de consultórios e acessar a sala de Esterilização;

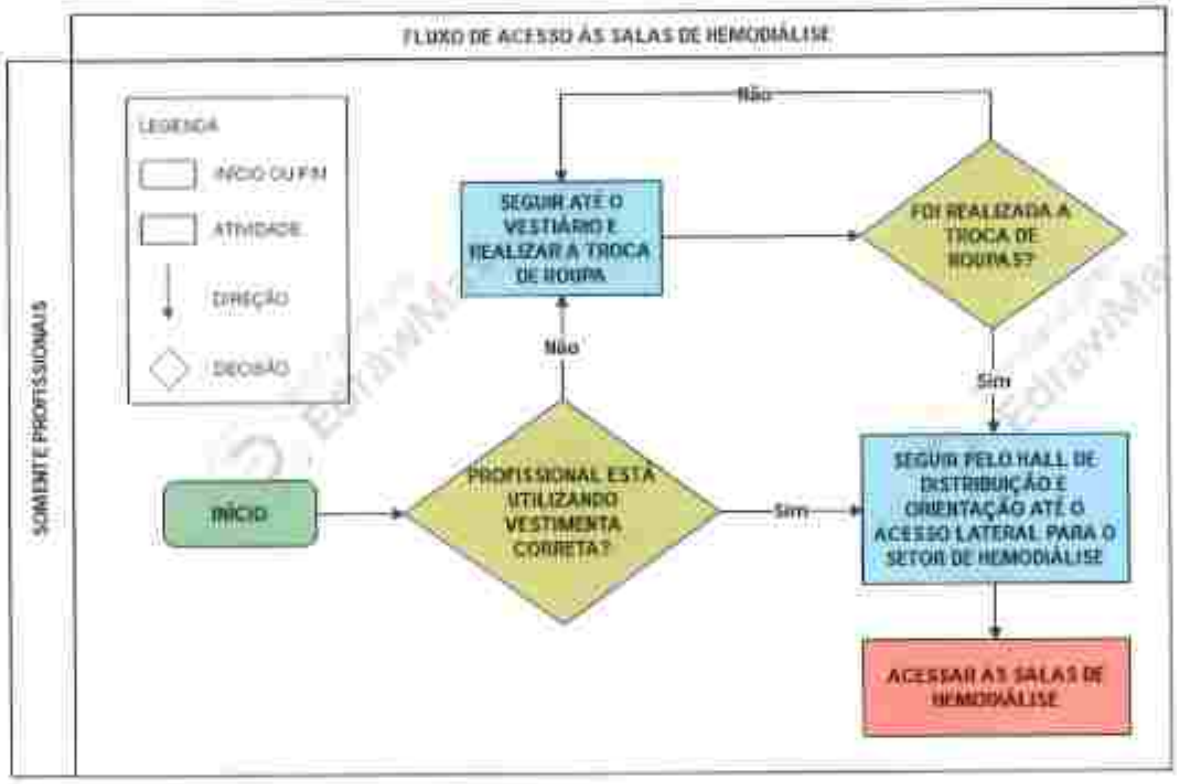


Fluxo de acesso à Sala de Lavagem por profissionais: Todos os profissionais deverão realizar a troca de roupa no vestiário, seguir pelo corredor lateral do hall de distribuição e orientação até a recepção das salas de procedimentos (EDA e Colono), acessar a área de procedimentos (EDA e Colono), acessar a antecâmara e em seguida a sala de Lavagem.



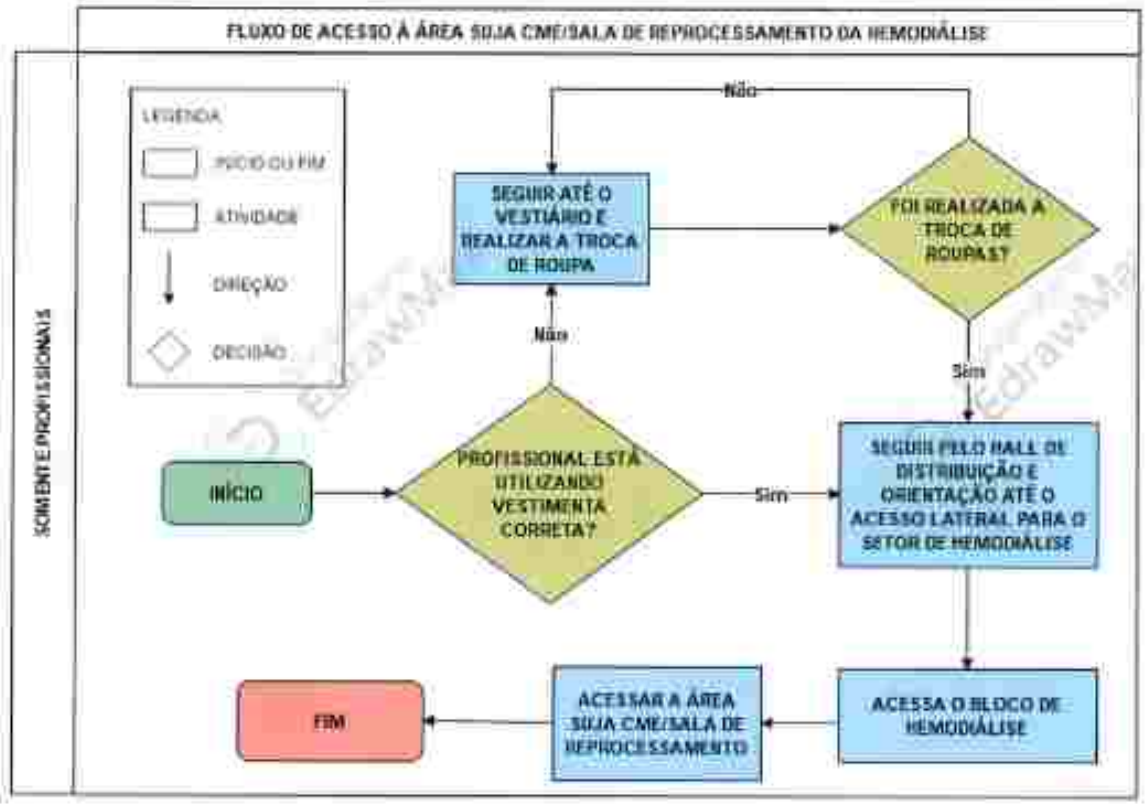
Fluxos de acesso às Salas de Hemodiálise

Fluxo de acesso à Sala de Hemodiálise por profissionais: Todos os profissionais deverão realizar a troca de roupa no vestiário, seguir pelo acesso lateral do hall de distribuição e orientação até o interior das salas de hemodiálise.



Fluxos de acesso ao CME da Hemodiálise

Fluxo de acesso à CME do Bloco HD (Hemodiálise) – Área suja por profissionais: Todos os profissionais deverão realizar a troca de roupa no vestiário, seguir pelo acesso lateral do hall de distribuição e orientação até a recepção do bloco de HD e, à direita, acessar a CME/Área Suja (sala de reprocessamento).

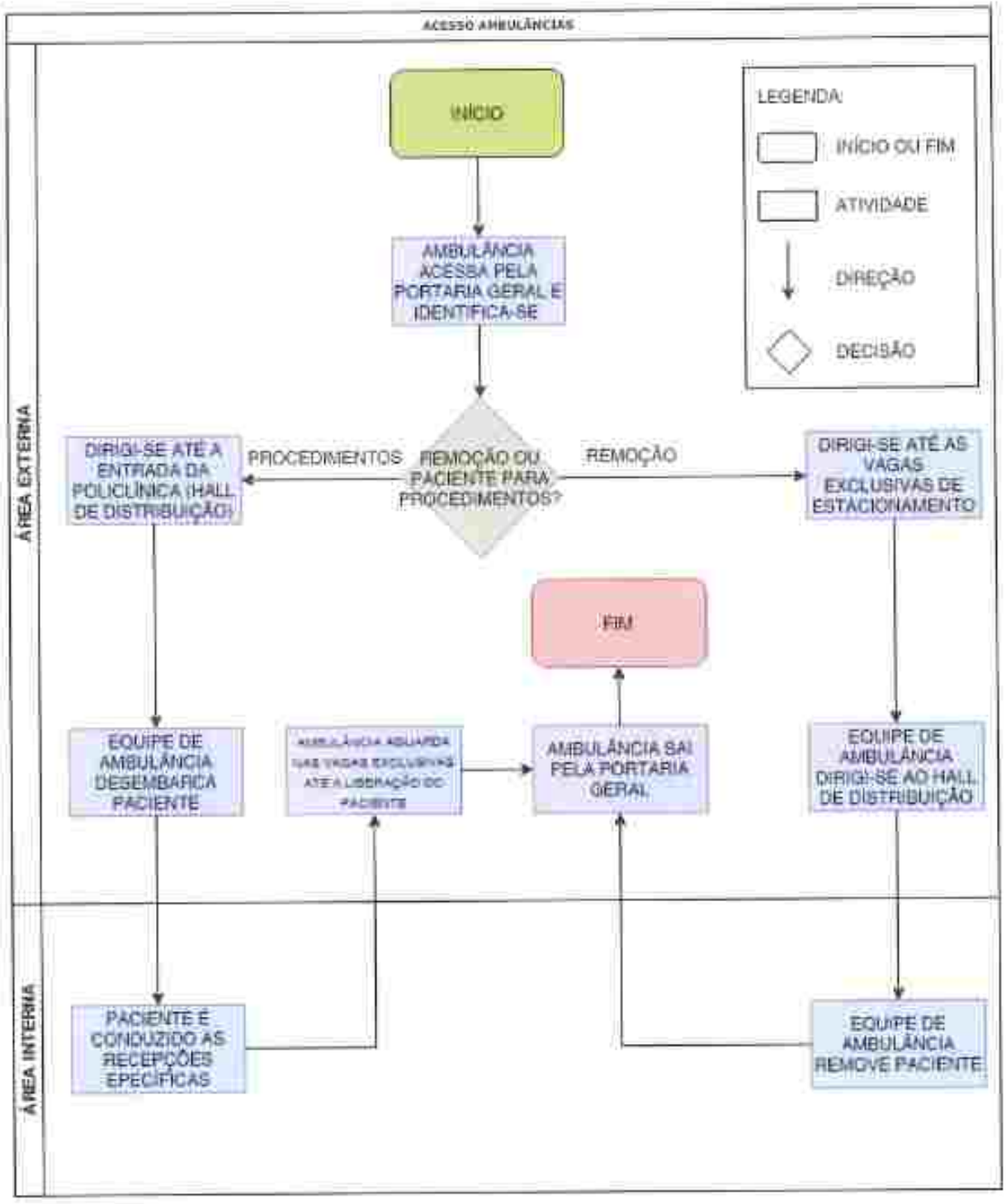


ÁREAS EXTERNAS

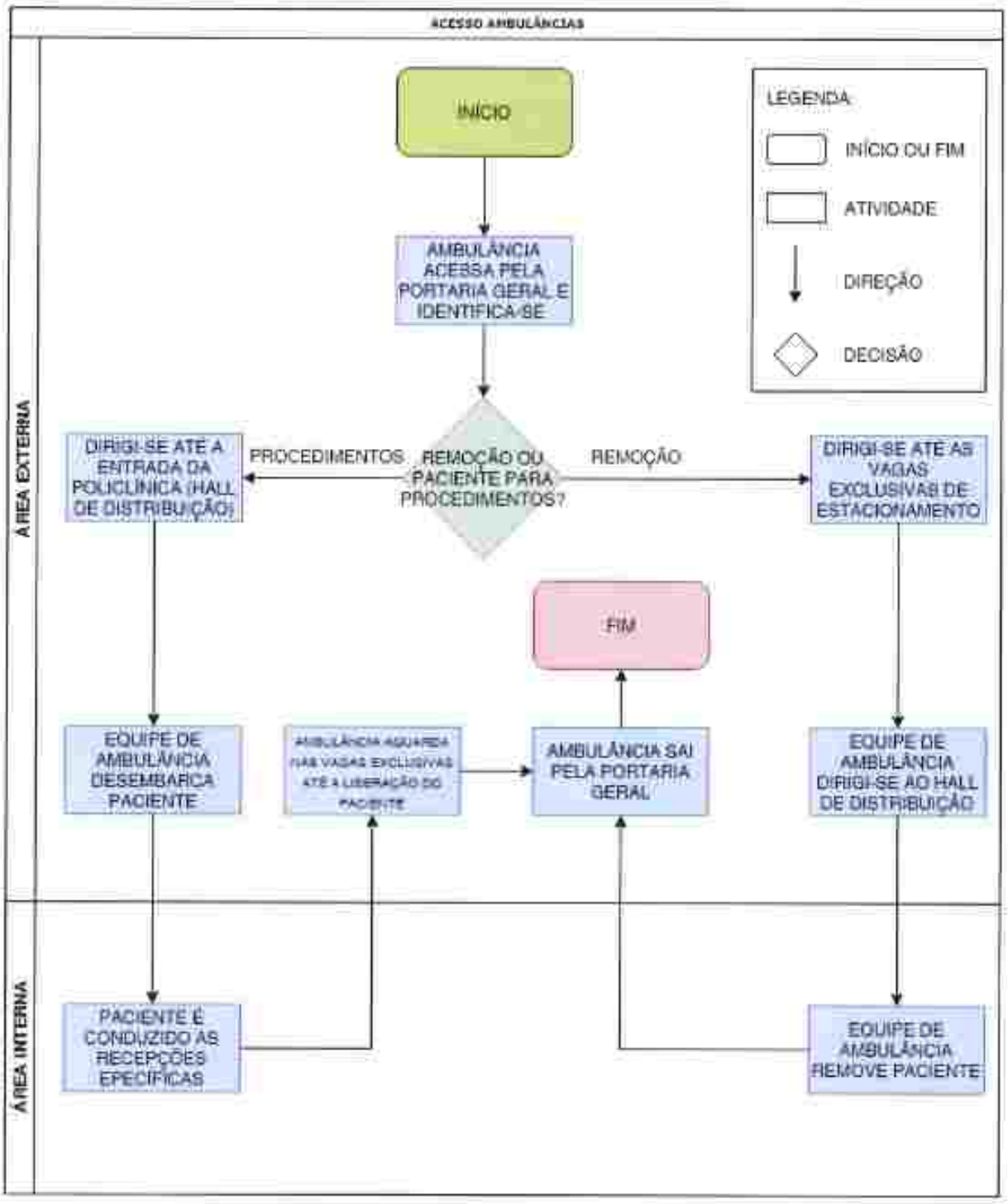
Portaria Geral

Hall de Distribuição e Orientação:

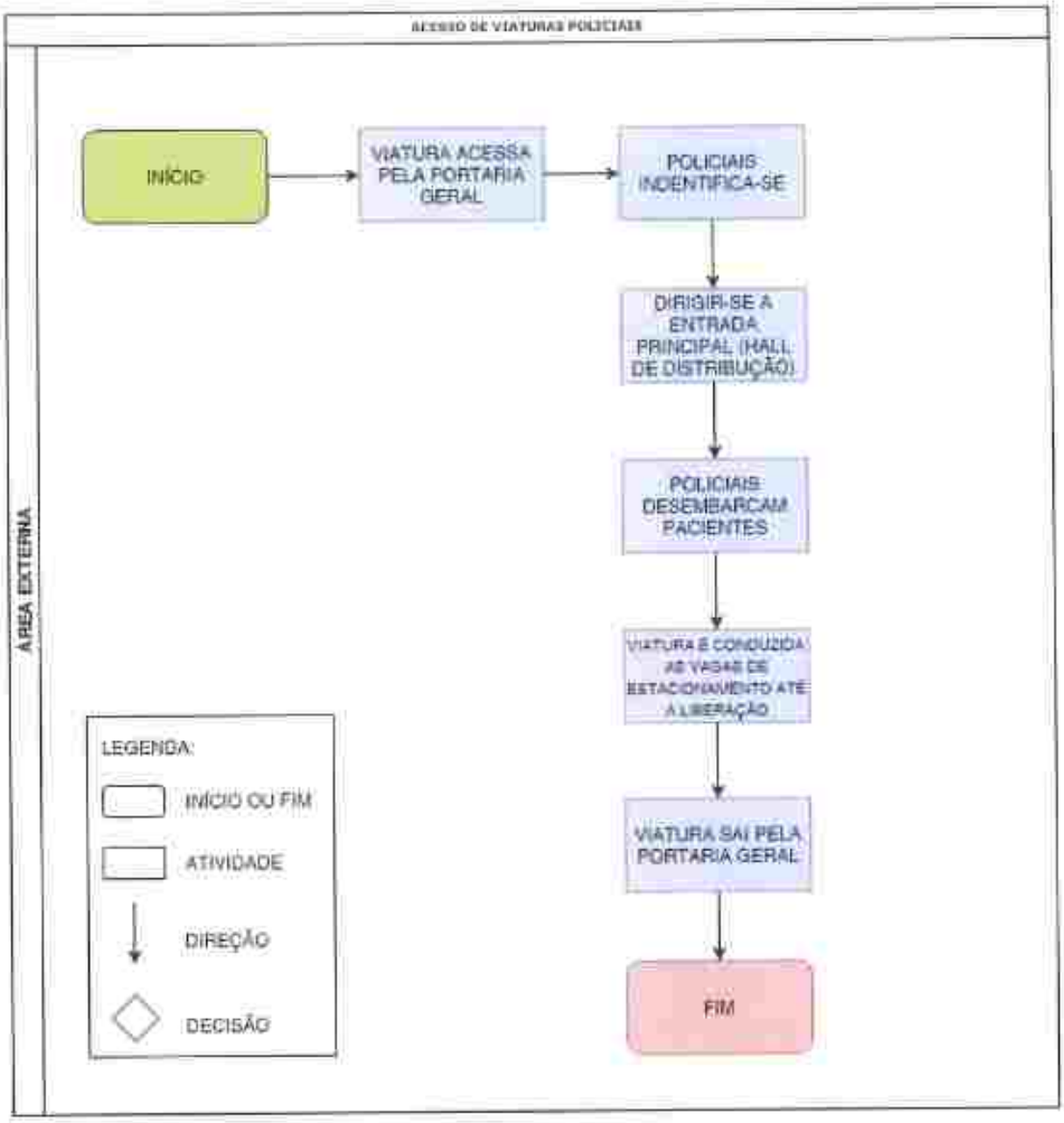
Acesso de Ambulâncias (pacientes para procedimentos): Ambulância acessa a Portaria Geral e identifica-se, dirige-se até a entrada da Policlínica pelo Hall de Distribuição e Orientação, onde a equipe da ambulância desembarca o paciente, que é conduzido às recepções específicas. Ambulância aguarda nas vagas exclusivas até liberação do paciente e sai pela Portaria Geral.



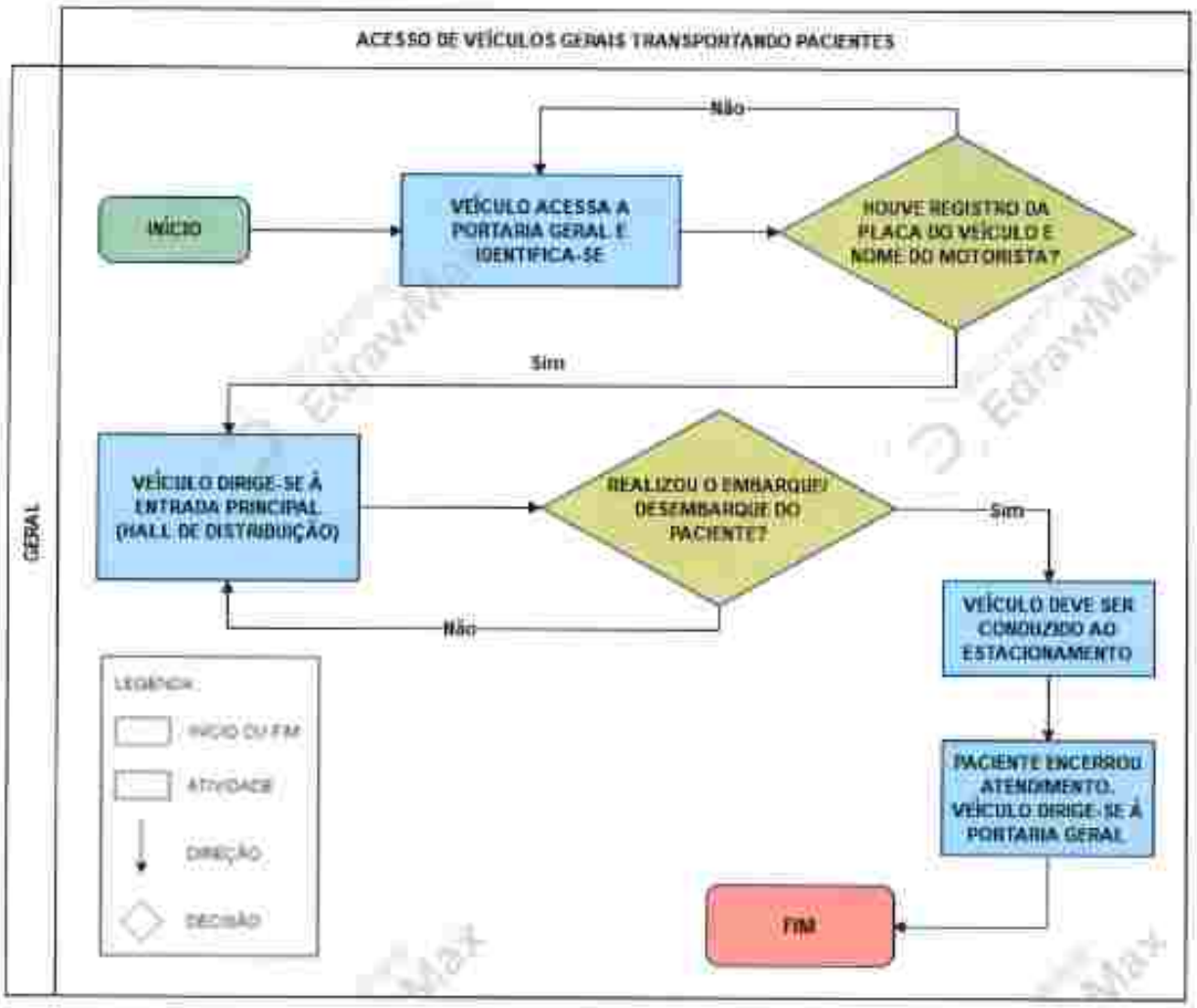
Acesso de Ambulâncias (remoção): Ambulância acessa a Portaria Geral e identifica-se; dirige-se às vagas exclusivas de estacionamento. A equipe da ambulância dirige-se ao Hall de Distribuição e Orientação, identifica e embarca o paciente para remoção e sai pela Portaria Geral;



Acesso de viaturas policiais: Viatura acessa a Portaria Geral e identifica-se, dirige-se à entrada da Policlínica pelo Hall de Distribuição e Orientação; policiais desembarcam paciente para atendimento e a viatura é conduzida às vagas de estacionamento até liberação, e sai pela Portaria Geral;

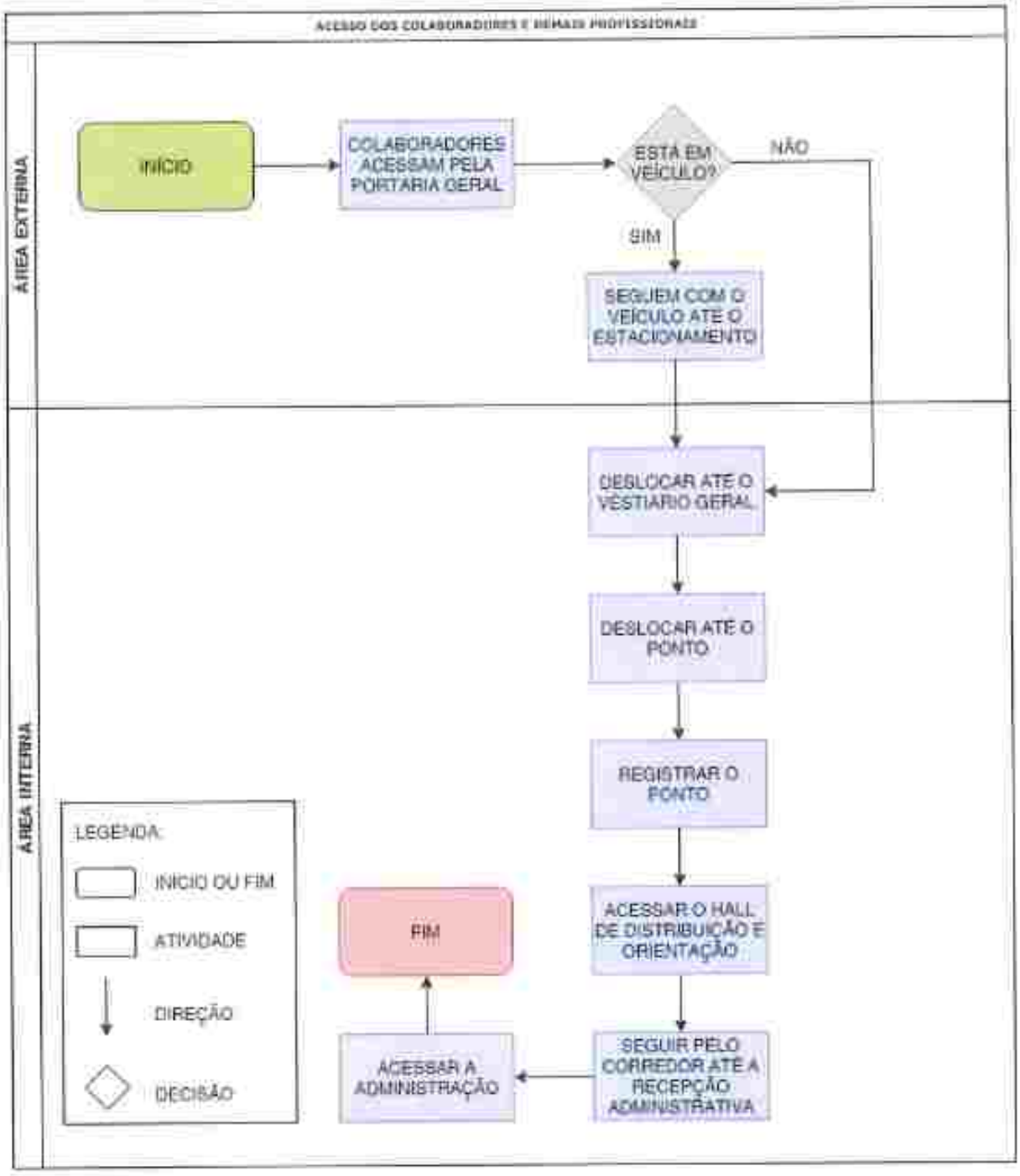


Acesso de veículos gerais transportando pacientes: Veículo acessa a Portaria Geral e identifica-se, dirige-se à entrada da Policlínica pelo Hall de Distribuição e Orientação onde o responsável desembarca paciente para atendimento e o veículo é conduzido às vagas de estacionamento geral até liberação do paciente. Veículo sai pela Portaria Geral.

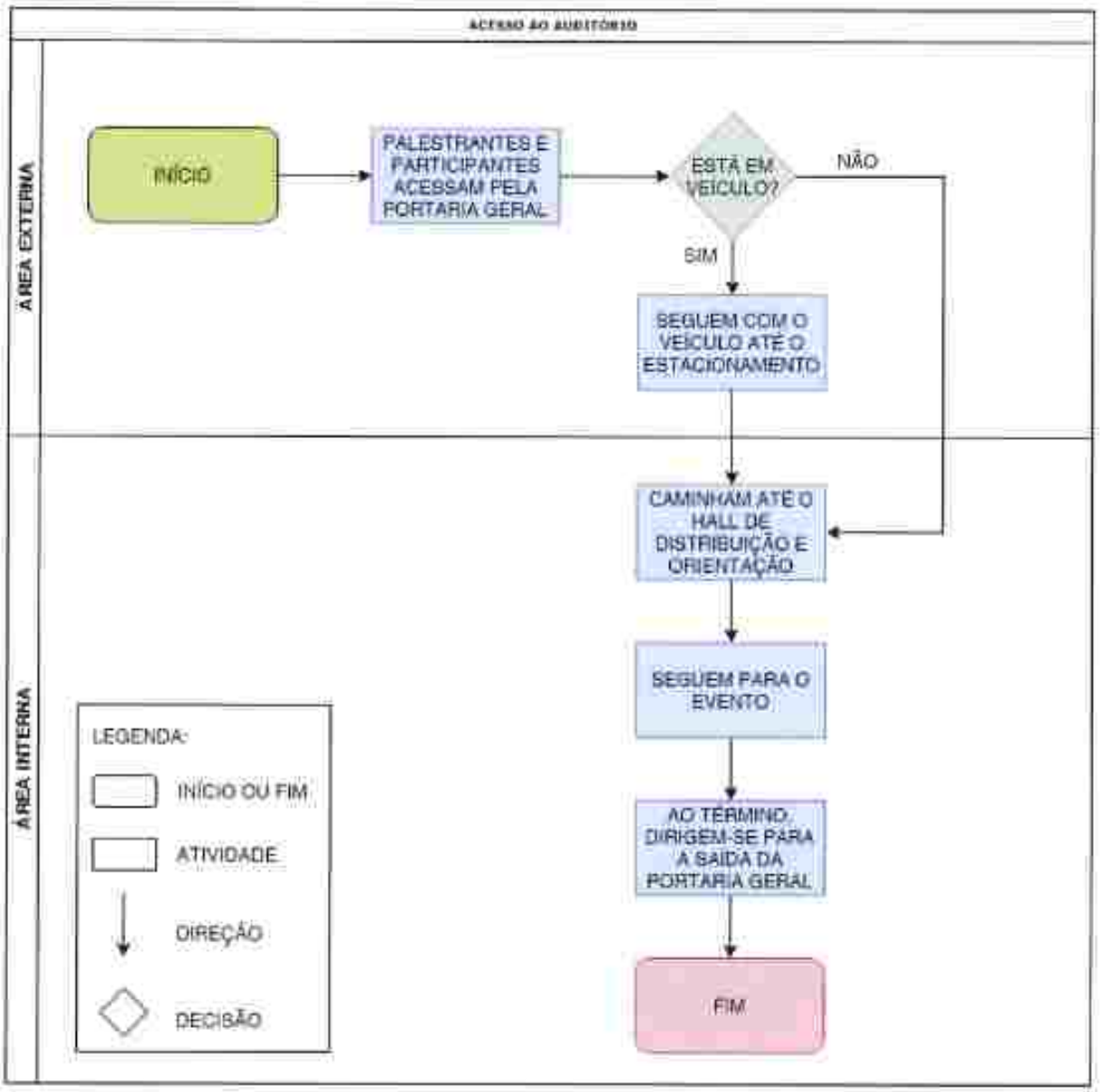


Administração

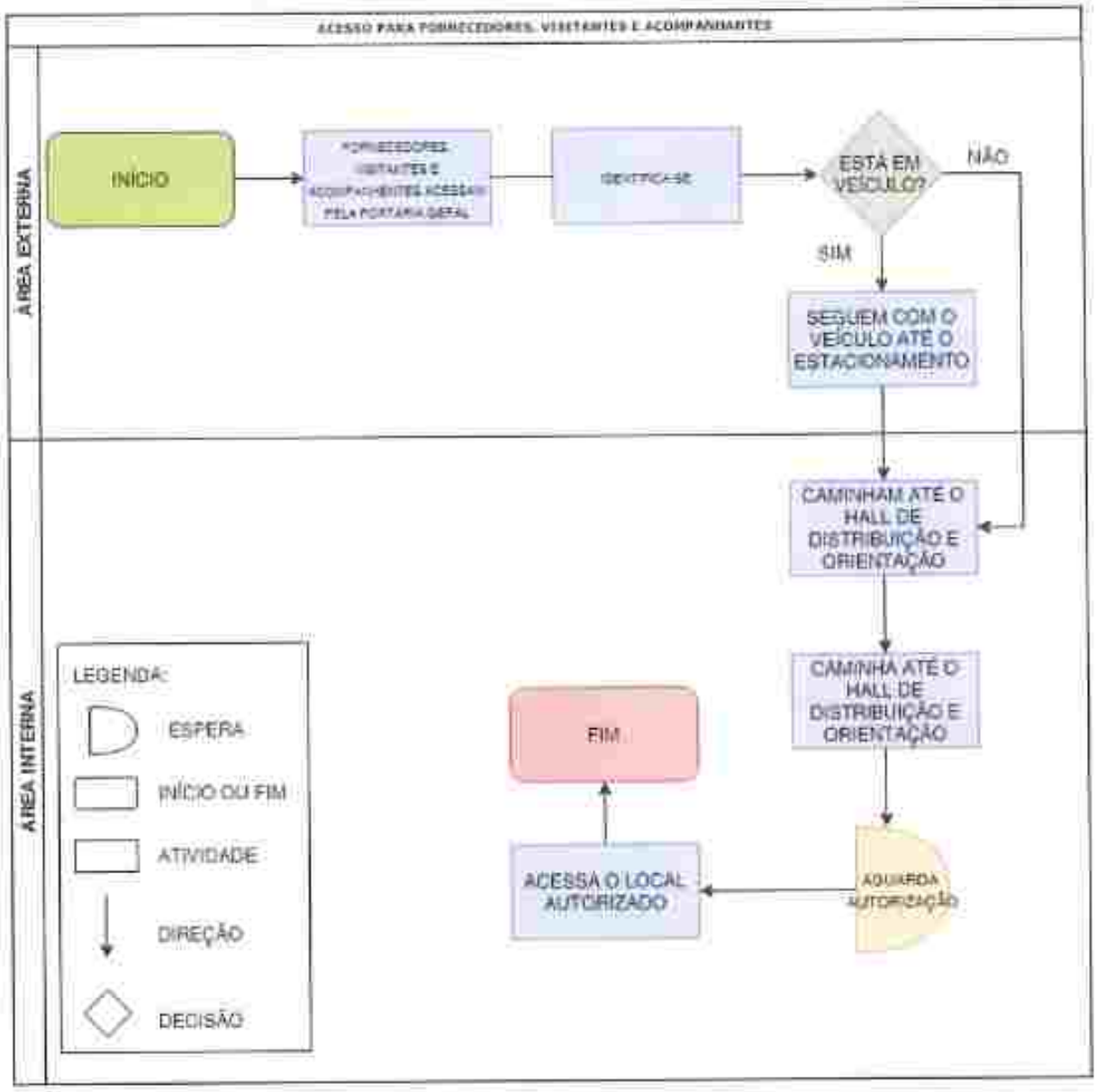
Acesso dos Colaboradores e demais profissionais: Colaboradores e demais profissionais com veículos acessam a Portaria Geral e identificam-se; após liberação, seguem com veículo para o estacionamento. Caso o colaborador não utilize veículo próprio, ele deslocará após a Portaria até o Vestiário Geral, registra o ponto, acessa o Hall de Distribuição e Orientação e segue pelo corredor até a Recepção Administrativa e área da Administração.



Acesso ao Auditório: Palestrantes e Participantes acessam a Portaria Geral e identificam-se, após liberação, dirigem-se às vagas do estacionamento deixando seus veículos estacionado, caminham até o Hall de Distribuição e Orientação e segue para o evento. Ao término, dirigem-se para saída na Portaria Geral.

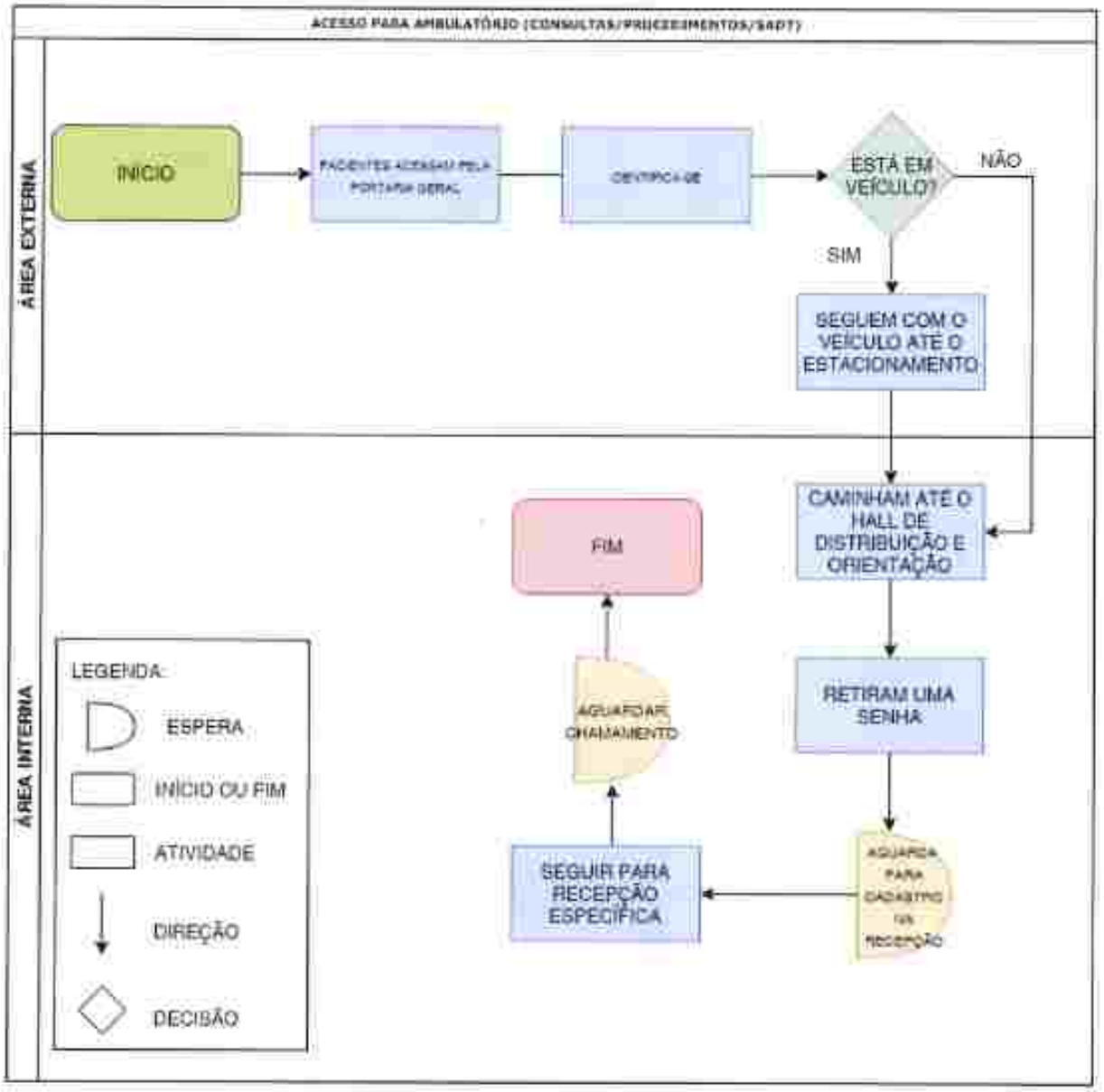


Acesso para Fornecedores (comercial), Visitantes e Acompanhantes: Todos os Fornecedores, visitantes e acompanhantes com/sem veículos, acessam a Portaria Geral e identificam-se, após liberação, seguem para o estacionamento, acessam o Hall de Distribuição e Orientação e aguardam autorização para acesso às áreas internas.



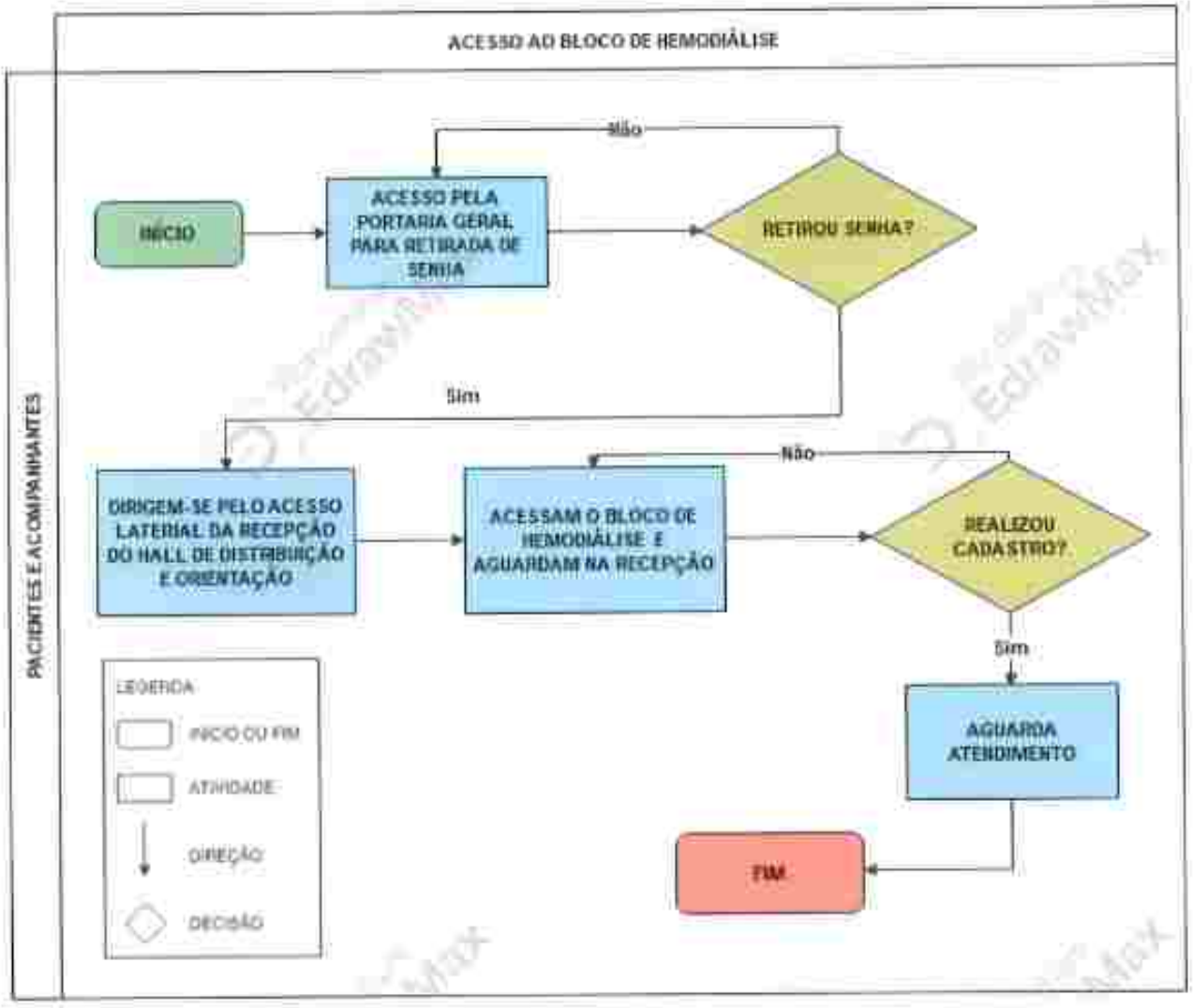
Atendimento Ambulatorial

Acesso para Ambulatório (consultas/procedimentos/SADT): Pacientes acessam a Portaria Geral para identificação, após liberação (caso em veículo próprio, dirigem-se ao estacionamento), caminham até o Hall de Distribuição e Orientação, retiram senha e aguardam para cadastro e atendimento na Recepção de Atendimento. Liberados do cadastro, seguem para as recepções específicas e aguardam chamamento.



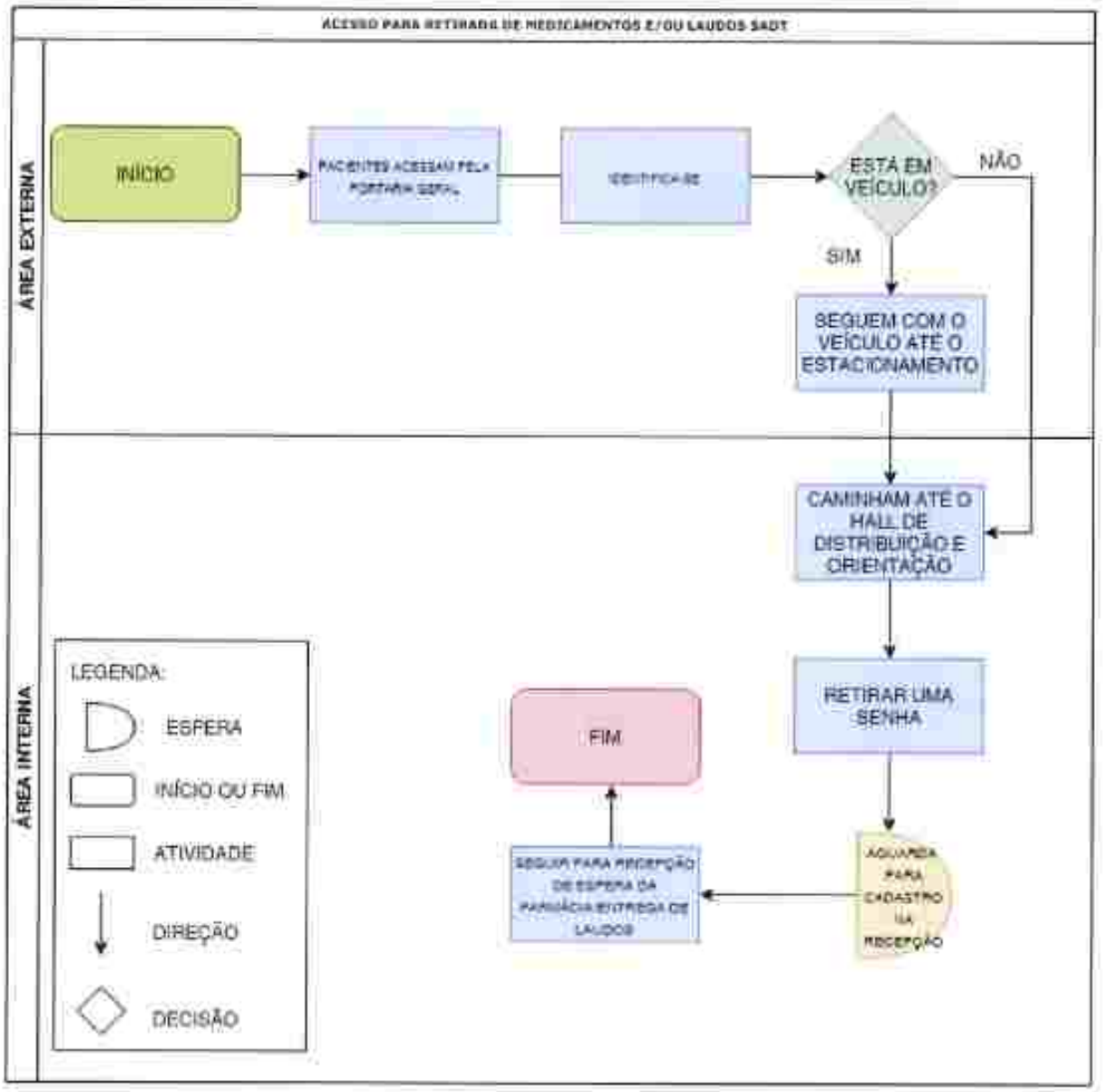
Atendimento Hemodiálise (HD)

Acesso para HD: Pacientes acessam a Portaria Geral para identificação, após liberação (caso em veículo próprio, dirigem-se ao estacionamento), caminham até o Hall de Distribuição e Orientação, retiram senha, dirigem-se ao Bloco HD e aguardam para cadastro e atendimento na Recepção de Atendimento para chamamento.



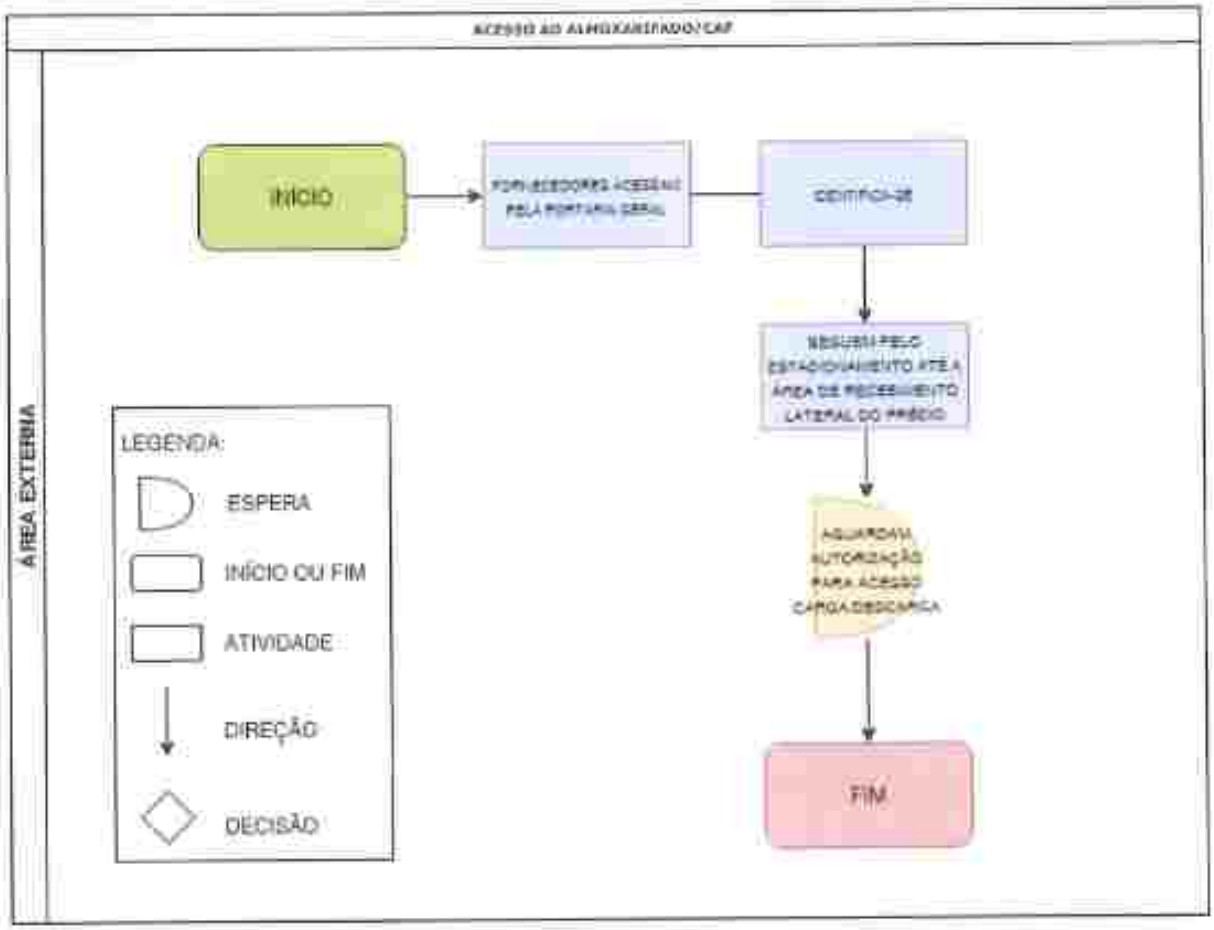
Retirada de Medicamentos e/ou Laudos de SADT

Acesso para Retirada de Medicamentos e/ou Laudos de SADT: Pacientes acessam a Portaria Geral para identificação, após liberação (caso em veículo próprio, dirigem-se ao estacionamento), caminham até o Hall de Distribuição e Orientação, retiram senha e aguardam para cadastro e atendimento na Recepção de Atendimento. Liberados do cadastro, seguem para recepção de espera da farmácia/entrega de laudos.



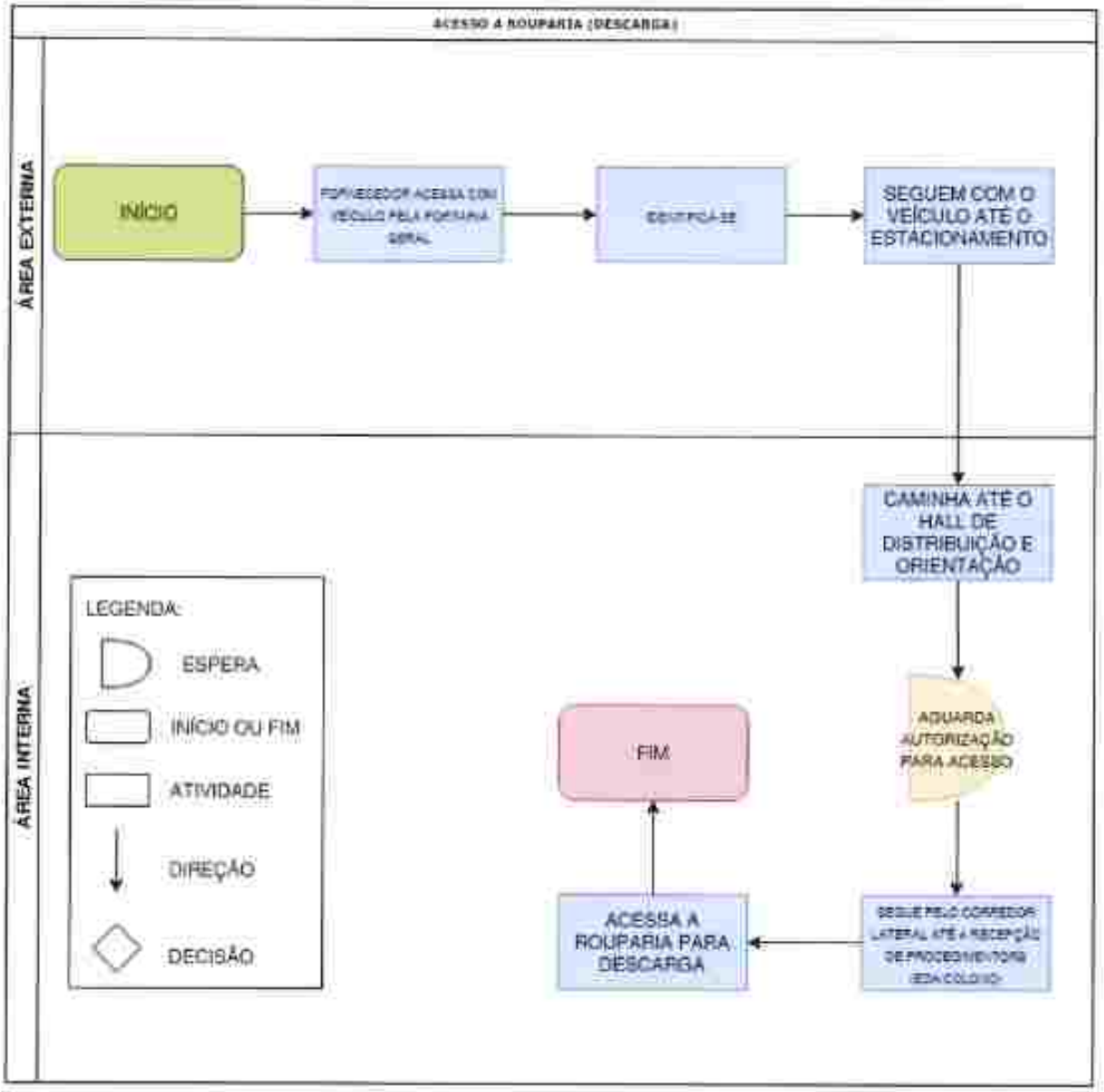
Fornecedores (mercadorias)

Acesso ao Almoxarifado/CAF: Todos os Fornecedores com veículos acessam a Portaria Geral e identificam-se, após liberação seguem pelo estacionamento até a área de recebimento na lateral do prédio, aguardam autorização para acesso carga/descarga;



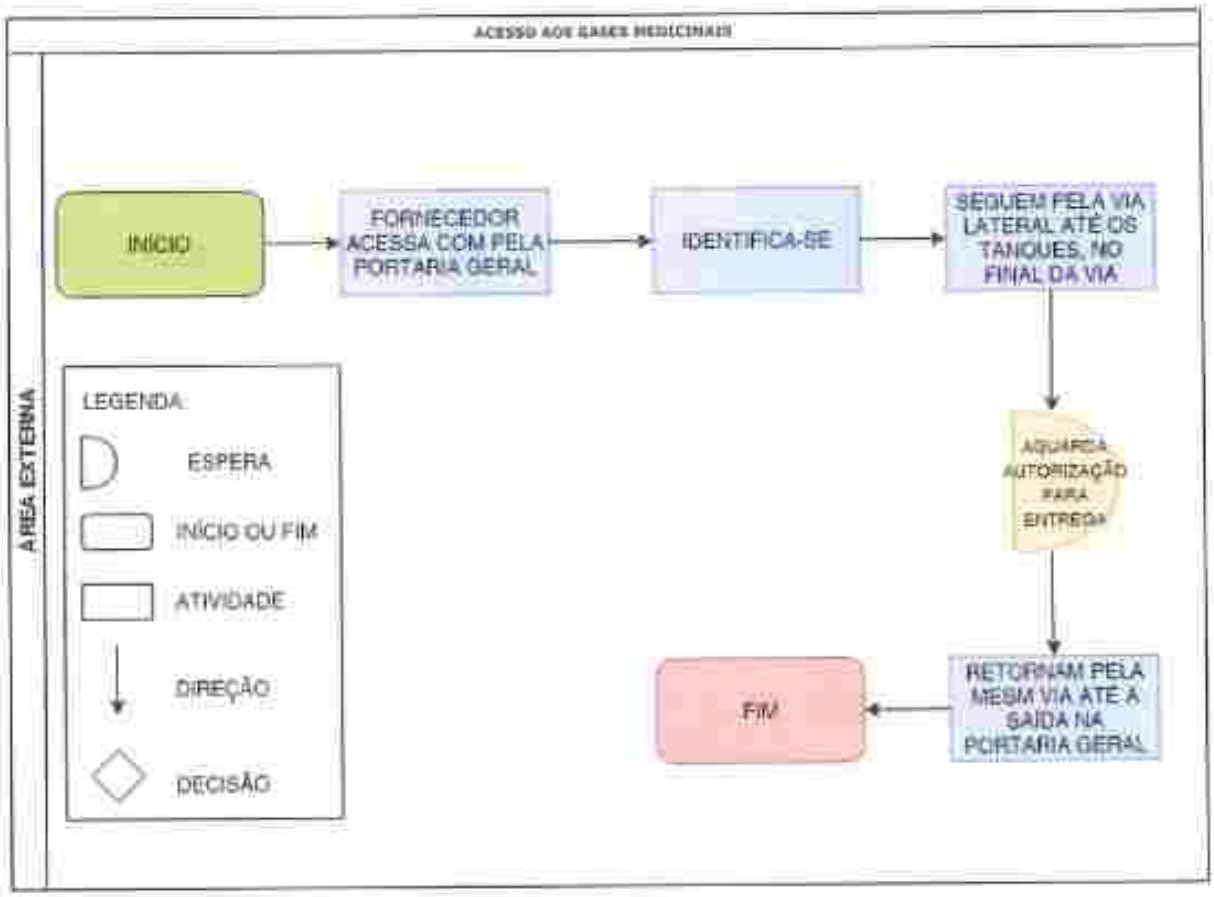
Fornecedores (rouparia)

Acesso à Rouparia (descarga): Fornecedor com veículo acessa a Portaria Geral e identifica-se, após liberação segue pelo estacionamento até o Hall de Distribuição e Orientação e aguarda autorização para acesso. Autorizada a entrada, segue pelo corredor lateral até a Recepção de Procedimentos (EDA/Colono) e acessa a Rouparia para descarga;



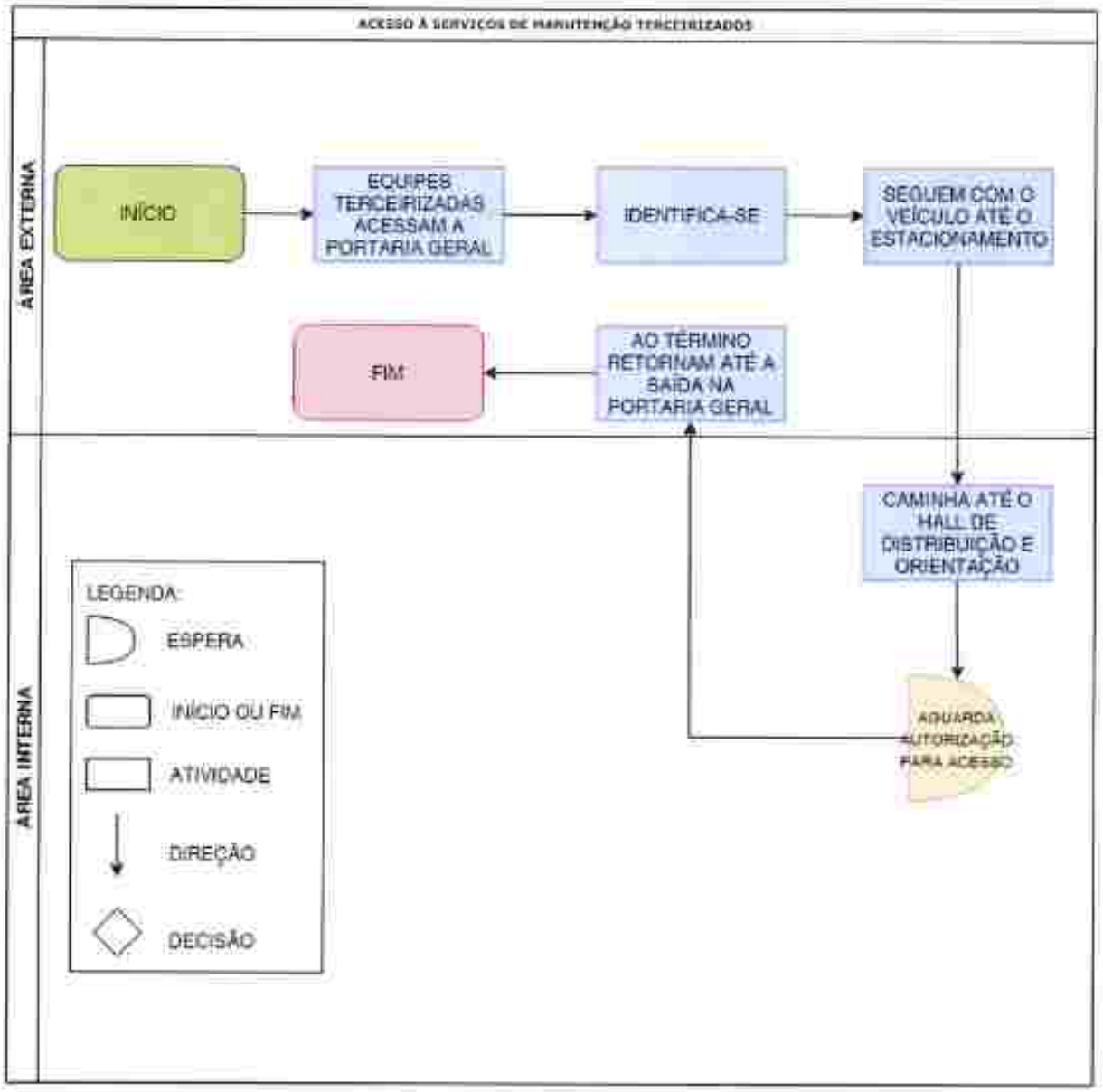
Fornecedores (gases medicinais)

Acesso aos Gases Medicinais: Fornecedores acessam a Portaria Geral e identificam-se, após liberação, seguem pela via lateral até os tanques para abastecimento ao final da via, aguardam autorização para entrega. Retornam pela mesma via até saída na Portaria Geral.



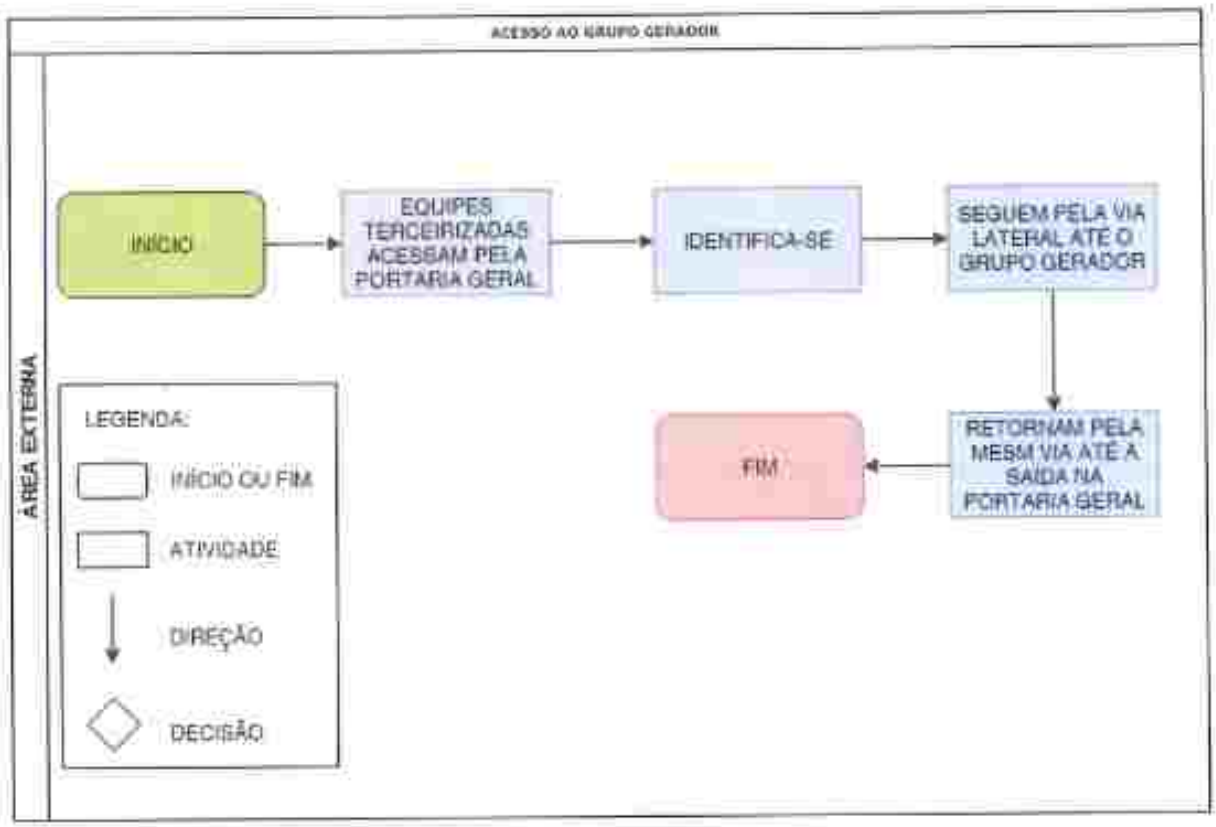
Manutenção (serviços diversos)

Acesso à serviços de manutenção terceirizados: Equipes Terceirizadas acessam a Portaria Geral e identificam-se, após liberação seguem até o estacionamento e o Hall de Distribuição e Orientação. Aguardam autorização de acesso interno. Ao término, retornam até saída na Portaria Geral;



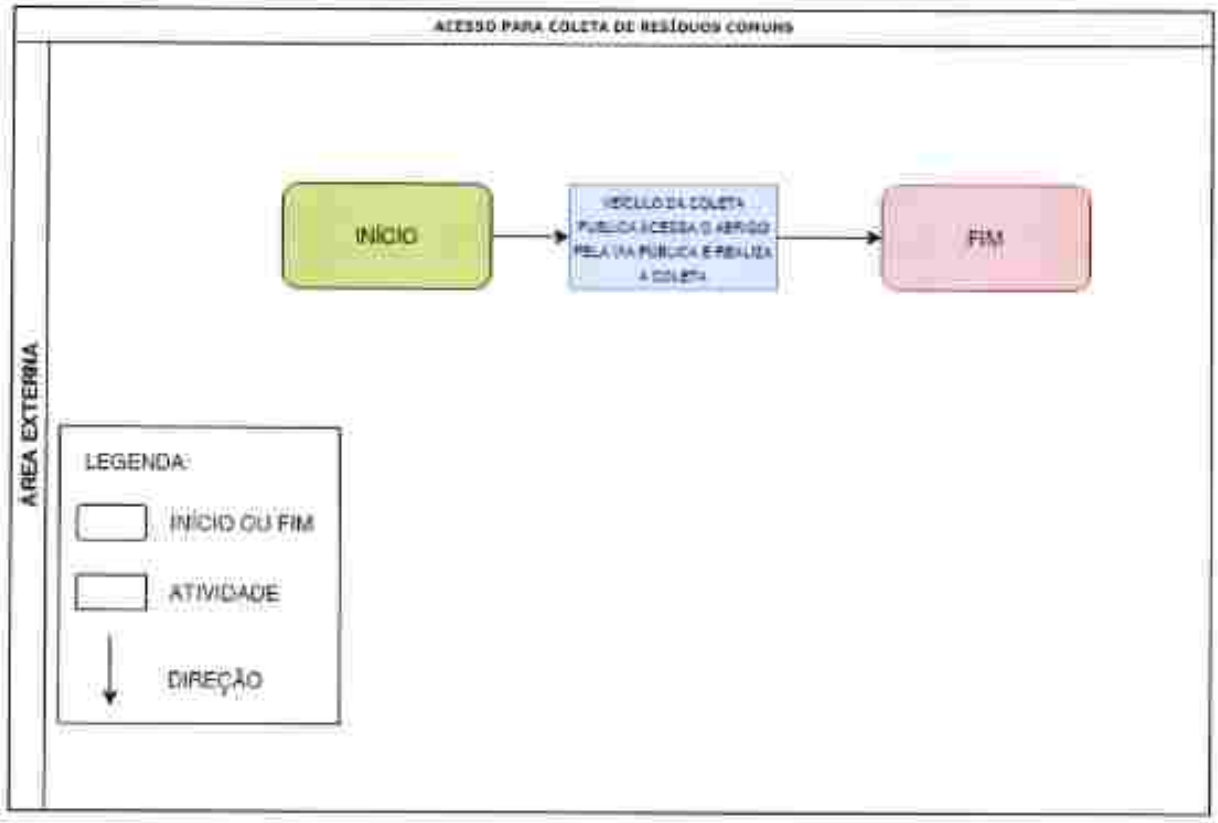
Manutenção (grupo gerador)

Acesso ao Grupo Gerador: Equipes Terceirizadas acessam a Portaria Geral e identificam-se, após liberação, seguem pela via lateral até o Grupo Gerador. Retornam pela mesma via até saída na Portaria Geral.

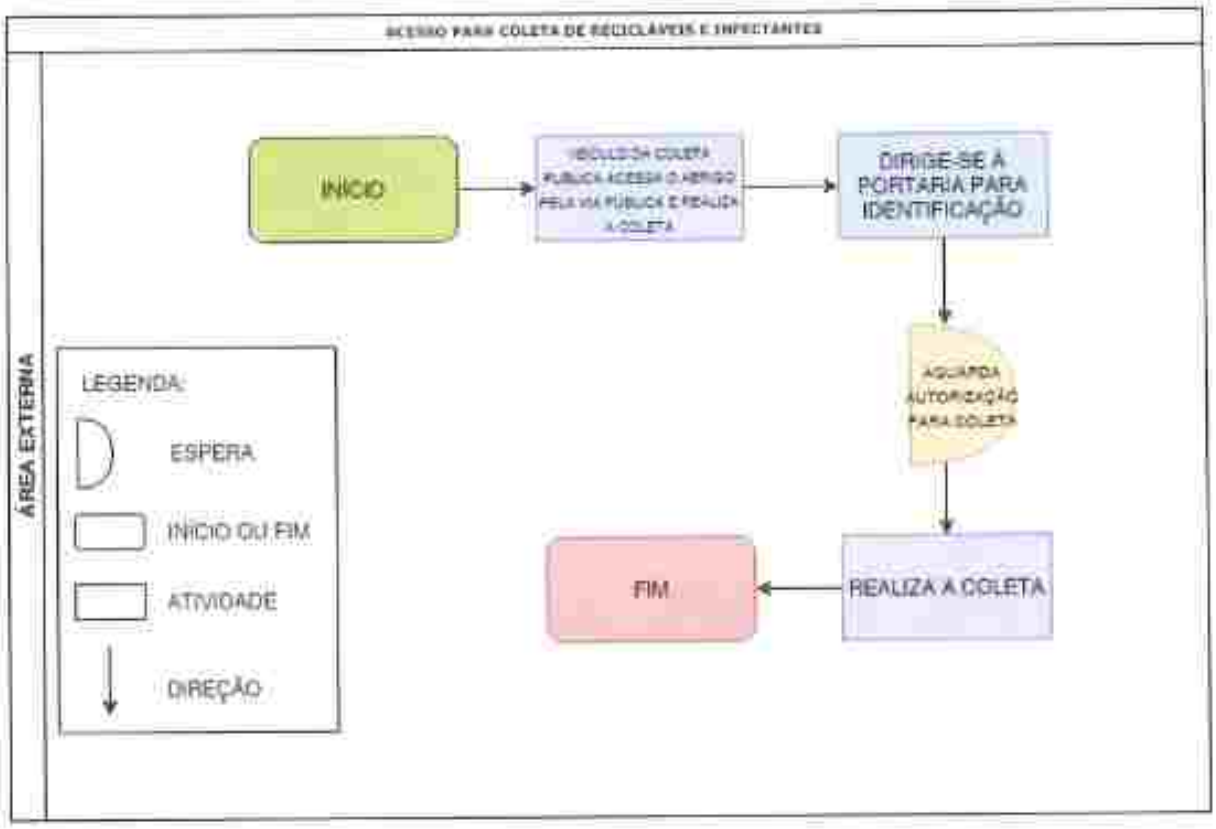


Resíduos (Acesso Externo)

Coleta pública: acesso para coleta de resíduos comuns. Veículo da coleta pública acessa o abrigo pela via pública e realiza a coleta.

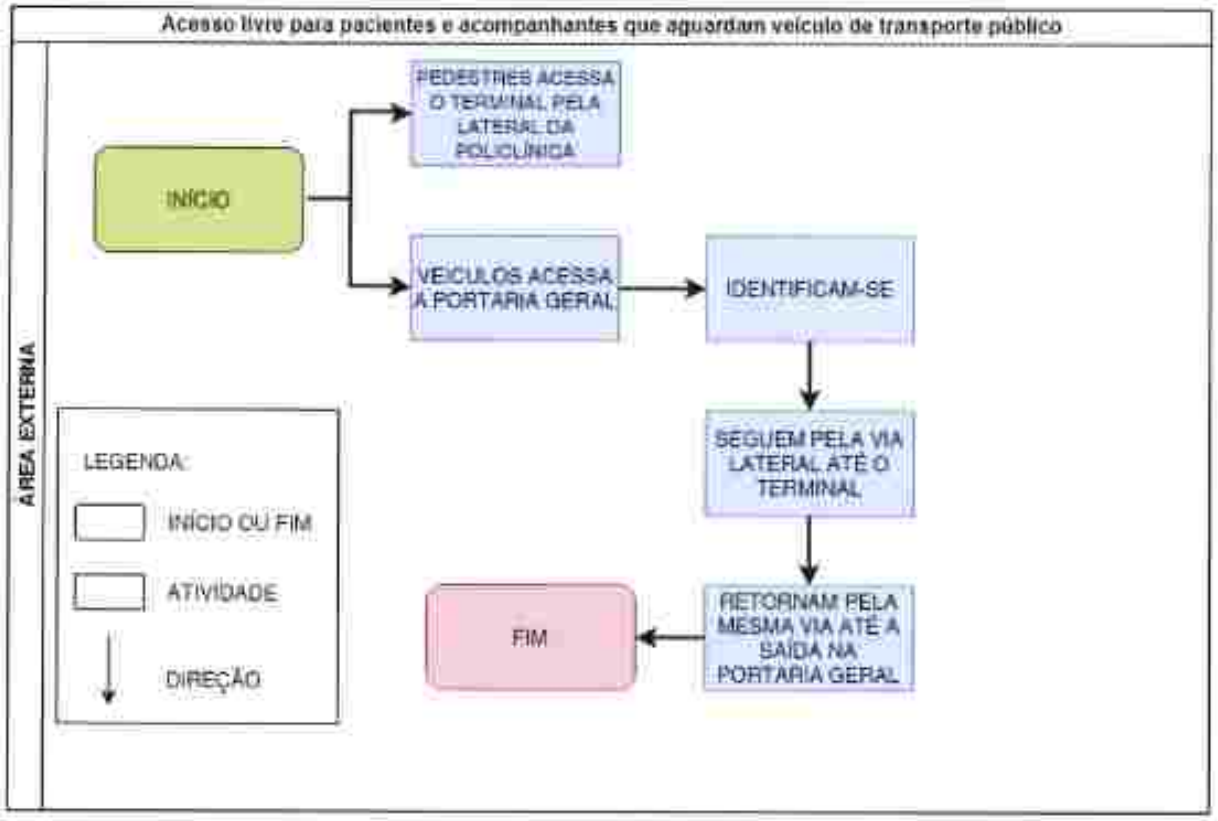


Coleta seletiva: acesso para coleta de recicláveis e resíduos infectantes: Veículo da coleta acessa o abrigo pela via pública, dirige-se à Portaria Geral para identificação e aguarda autorização para realização da coleta.



Terminal de espera de pacientes

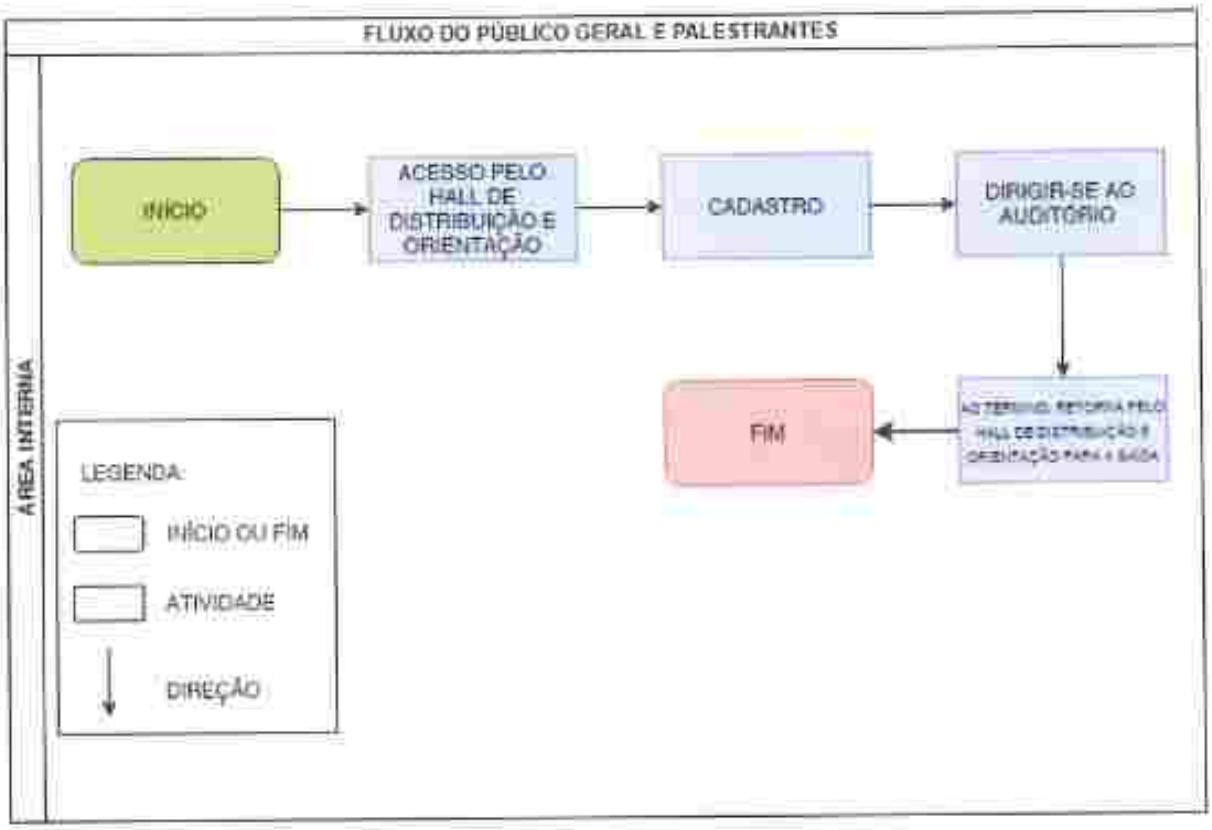
Acesso livre para pacientes e acompanhantes que aguardam veículos de transporte público municipal, intermunicipal e/ou veículos exclusivos ao transporte de pacientes (microônibus, vans etc.): Pedestre acessa o Terminal pela lateral da Policlínica; veículos de transporte acessam a Portaria Geral e identificam-se, após liberação, seguem pela via lateral até o Terminal. Retornam pela mesma via até saída na Portaria Geral.



ÁREAS INTERNAS

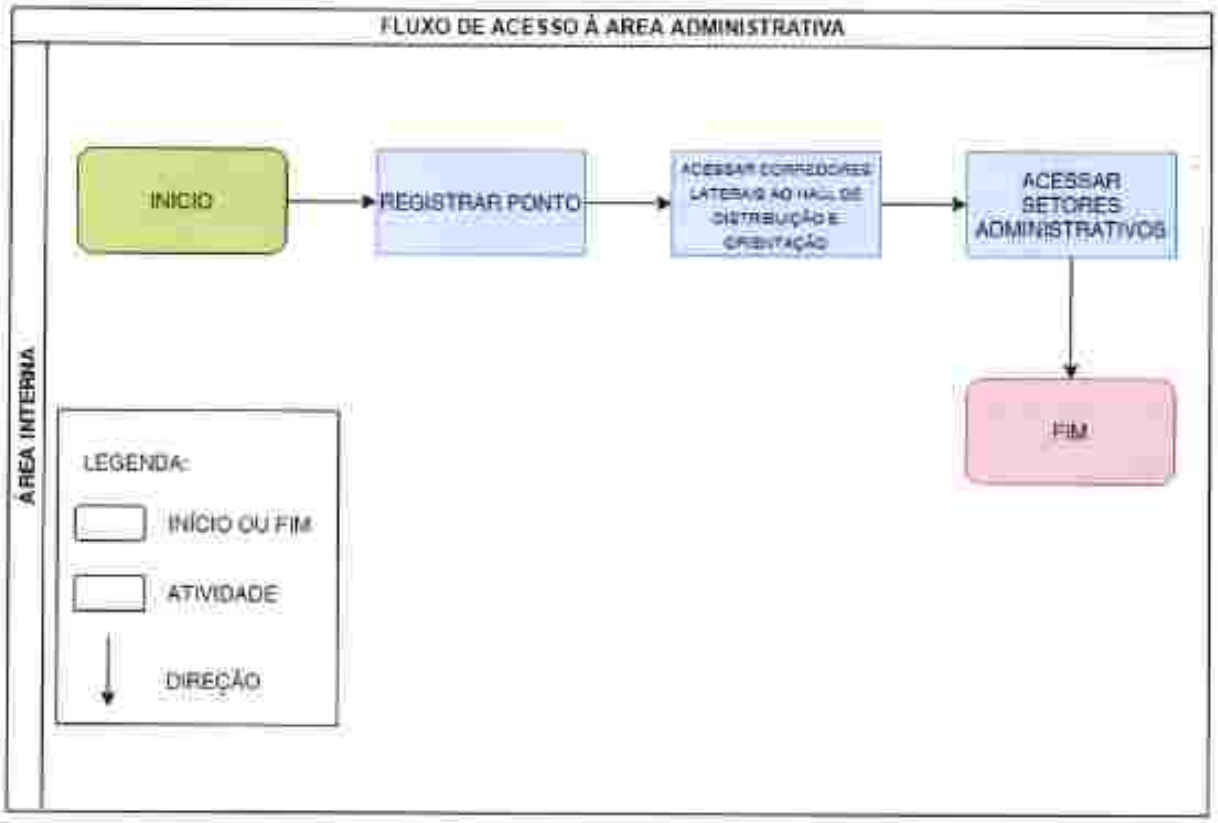
Auditório

Fluxo do público geral e palestrantes: Acesso pelo Hall de Distribuição e Orientação para cadastro, dirige-se ao auditório para acomodação nas cadeiras ou apresentação no palco. Ao término, retorna pelo Hall de Distribuição e Orientação para saída.

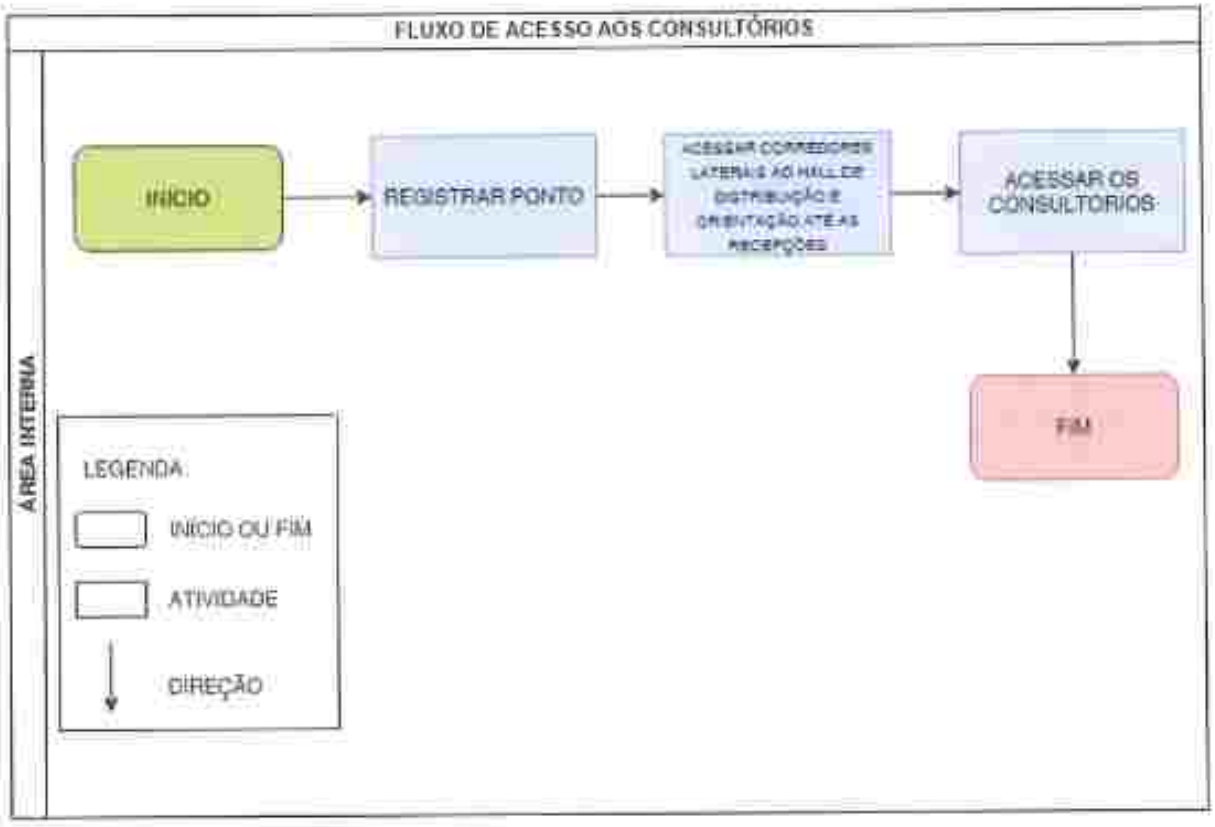


Colaboradores Administrativos:

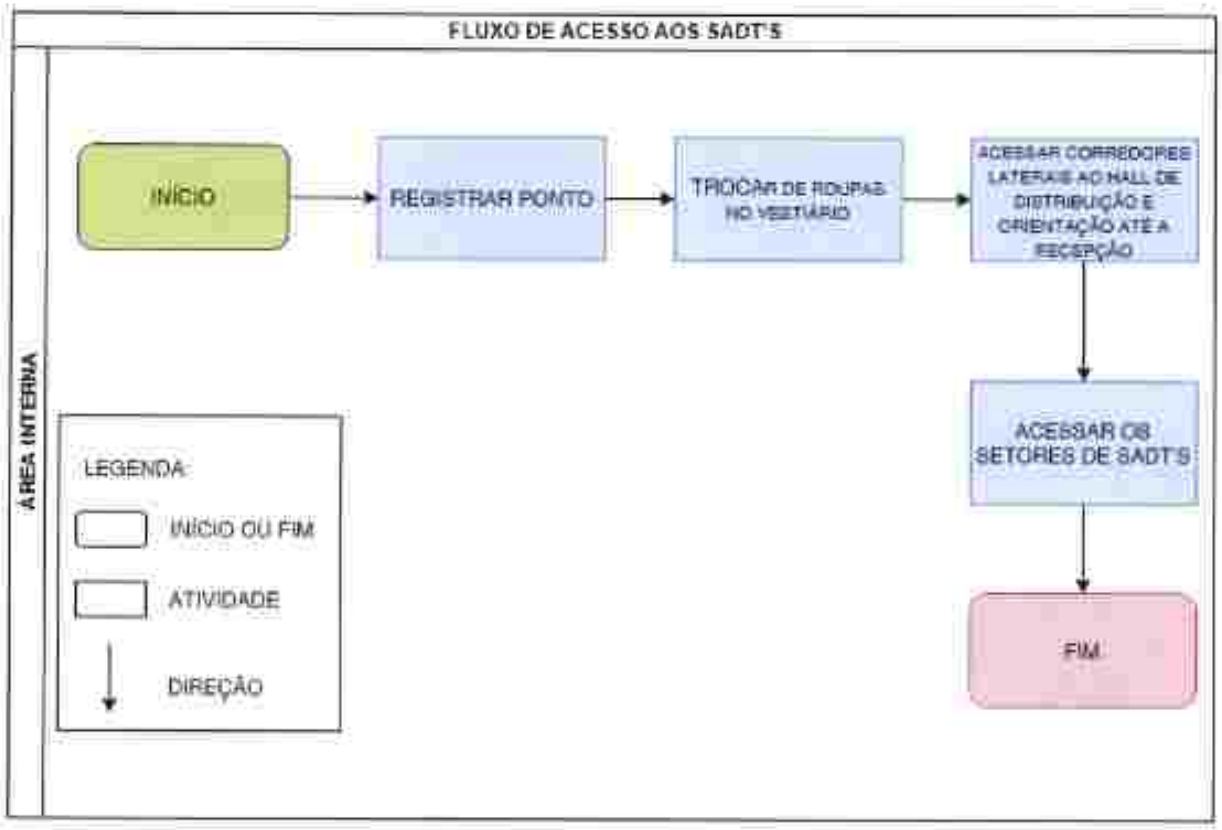
Fluxo de acesso à Area Administrativa: Após registro do ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam os corredores laterais ao Hall de Distribuição e Orientação até os setores administrativos;



Fluxo de acesso aos Consultórios: Após registro do ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam os corredores laterais ao Hall de Distribuição e Orientação até as Recepções, em seguida aos consultórios e demais setores.



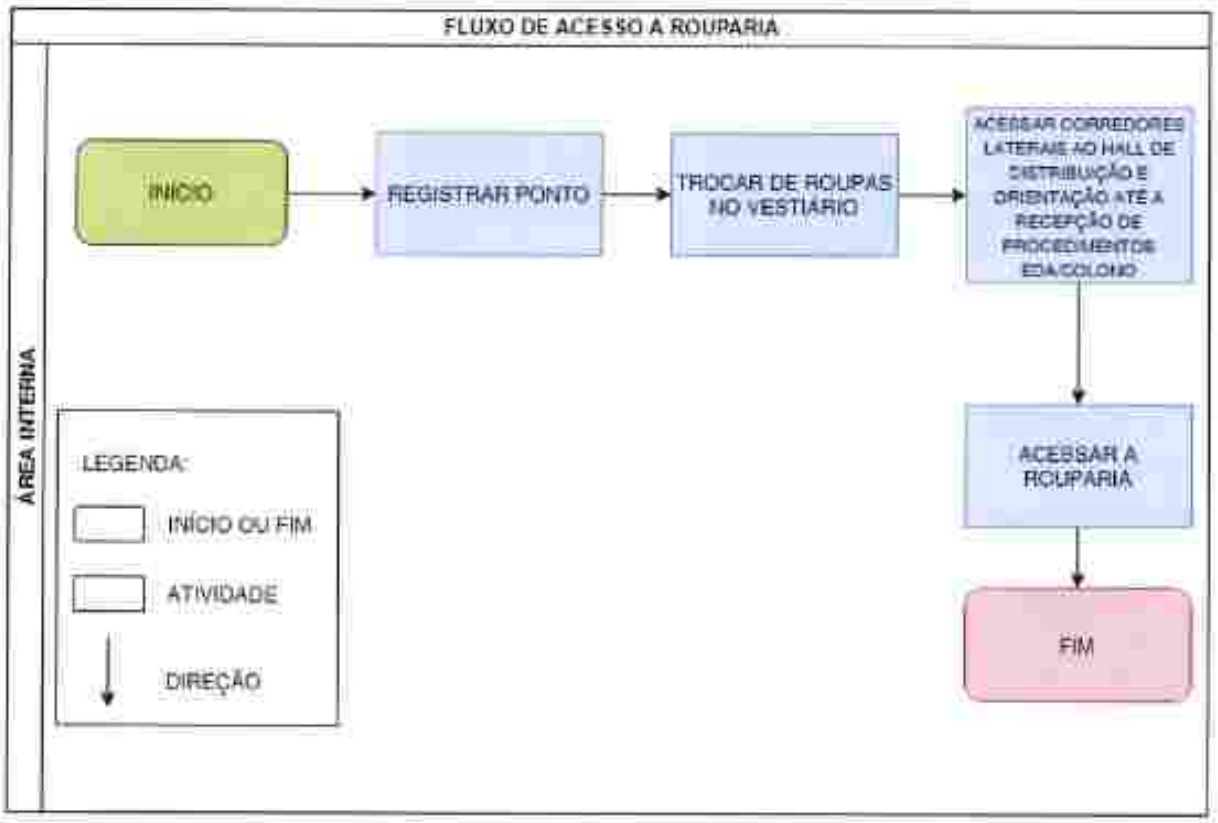
Fluxo de acesso aos SADT´s: Após registro do ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam os corredores laterais ao Hall de Distribuição e Orientação até as Recepções, em seguida, aos setores de SADT´s;



Fluxo de acesso à Farmácia: Após registro do ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor lateral ao Hall de Distribuição e Orientação até a Recepção da Farmácia e Entrega de Laudos, em seguida a Farmácia.

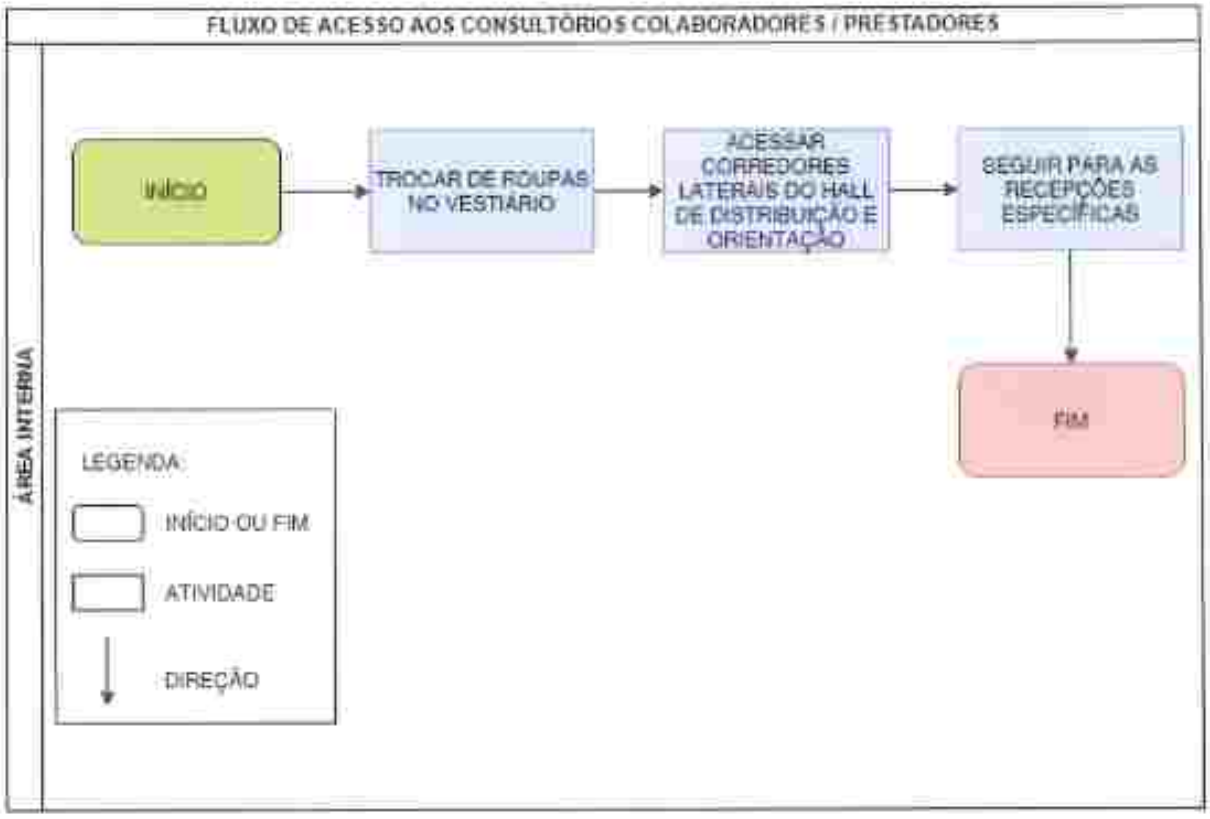


Fluxo de acesso à Rouparia: Após registro do ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor lateral ao Hall de Distribuição e Orientação até a Recepção de Procedimentos (EDA/Colono), em seguida a Rouparia.

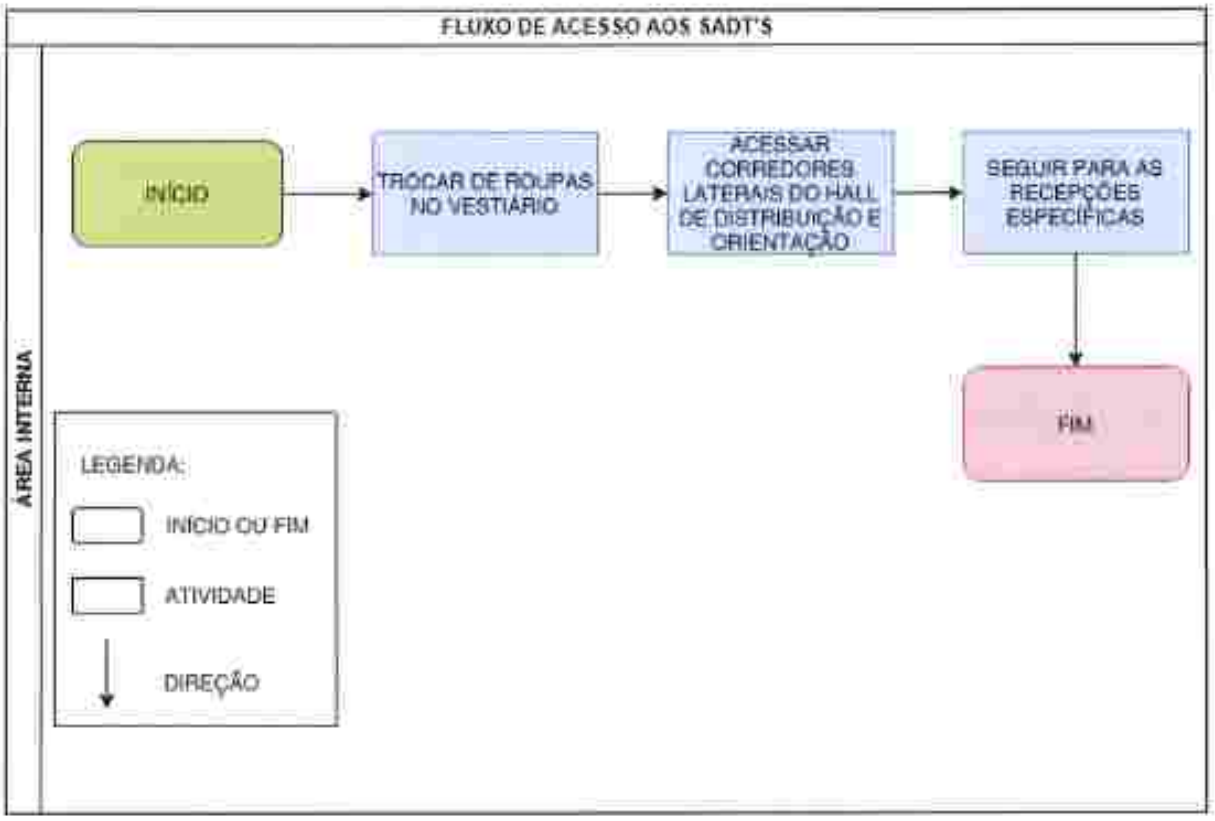


Colaboradores Assistenciais e/ou Prestadores de Serviço:

Fluxo de acesso aos Consultórios: Após saída do vestiário, colaboradores/prestadores acessam os corredores laterais do Hall de Distribuição e Orientação e seguem para as recepções especificas;



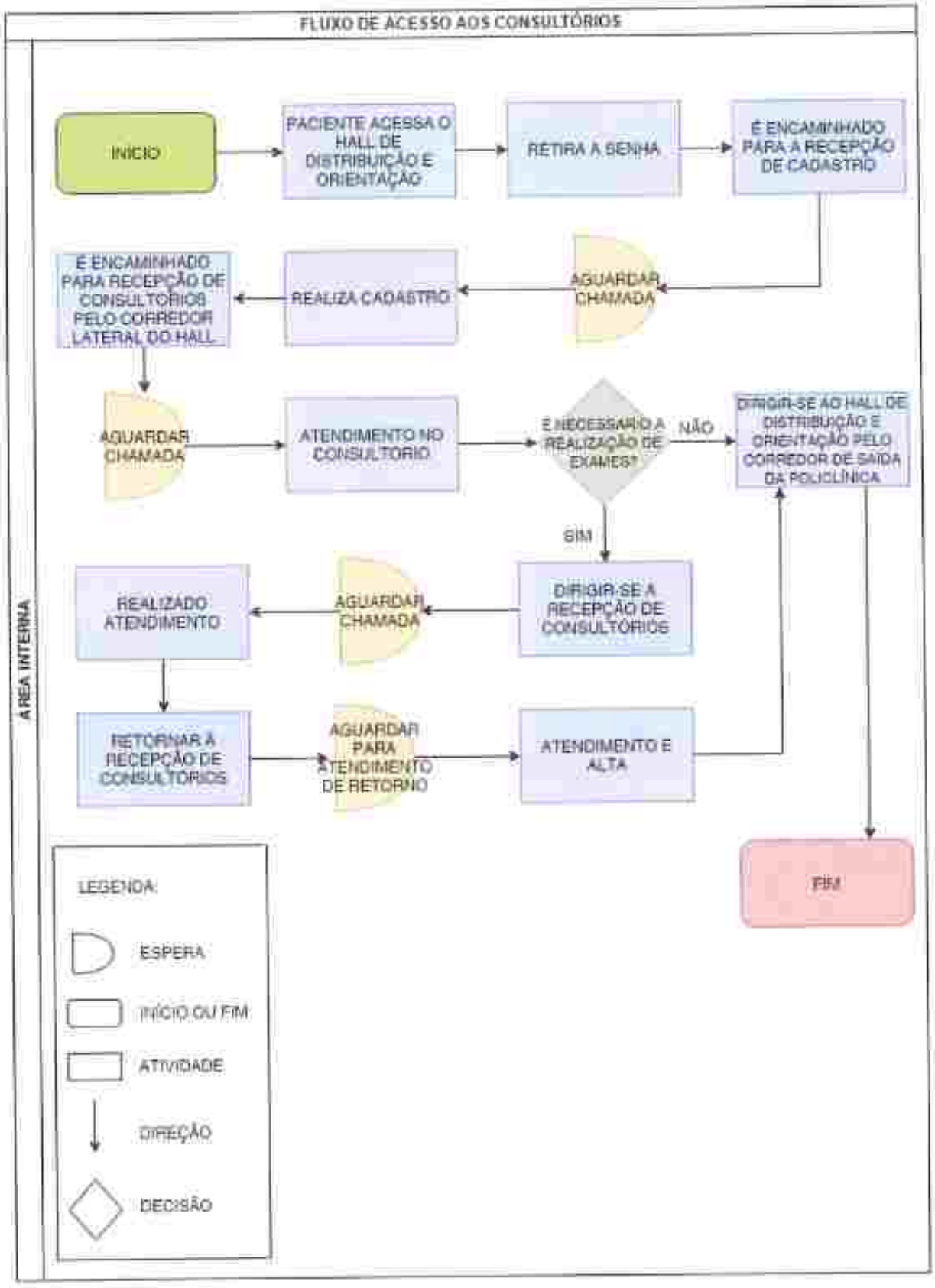
Fluxo de acesso aos SADT's: Após saída do vestiário, colaboradores/prestadores acessam os corredores laterais do Hall de Distribuição e Orientação e seguem para as recepções específicas;



Pacientes Externos e Acompanhantes

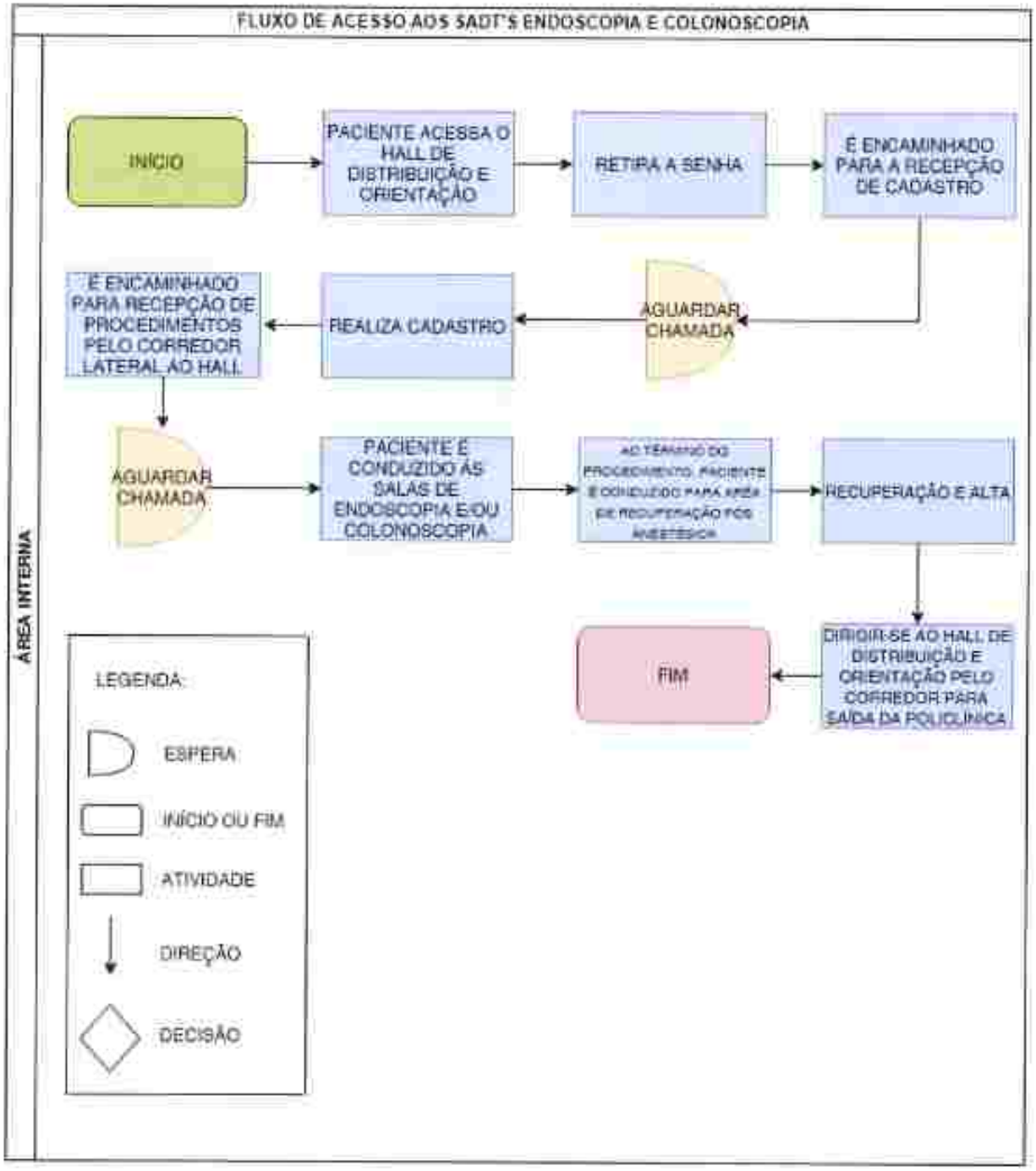
Serviço Ambulatorial:

Fluxo de acesso aos Consultórios: paciente acessa o Hall de Distribuição e Orientação, retira senha, é encaminhado para a Recepção de Cadastro e aguarda chamada. Após cadastro, é encaminhado para a Recepção de Consultórios pelo corredor lateral ao Hall e aguarda chamada. Após chamada em consultório e atendimento, dirige-se à Recepção de Consultórios caso seja necessária a realização de exames. Aguarda chamada para realização. Após atendimento, retorna à Recepção de Consultórios e aguarda para atendimento de retorno em consultório. Após atendimento e alta, dirige-se ao Hall de Distribuição e Orientação pelo corredor para saída da Policlínica;



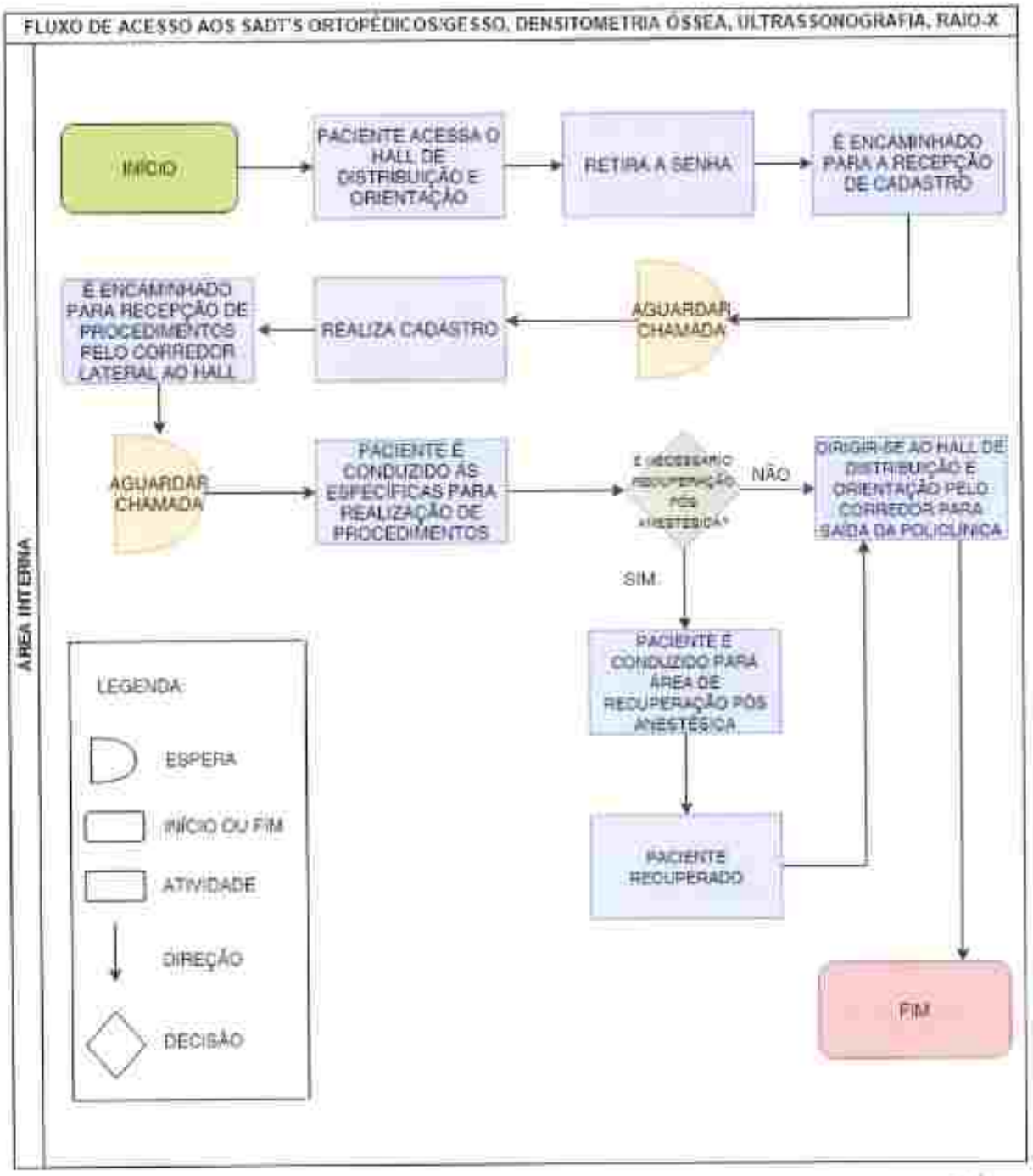
Fluxo de acesso aos SADT´s Endoscopia e Colonoscopia: Paciente acessa o Hall de Distribuição e Orientação, retira senha, é encaminhado para a Recepção de

Cadastro e aguarda chamada. Após cadastro, é encaminhado para a Recepção de Procedimentos pelo corredor lateral ao Hall e aguarda nova chamada. Após chamada, paciente é conduzido às salas de Endoscopia e/ou Colonoscopia para realização de procedimento, ao término do procedimento o paciente é conduzido para a área de Recuperação pós-anestésica, onde vai se recuperar e ter alta, dirige-se ao Hall de Distribuição e Orientação pelo corredor para saída da Policlínica;

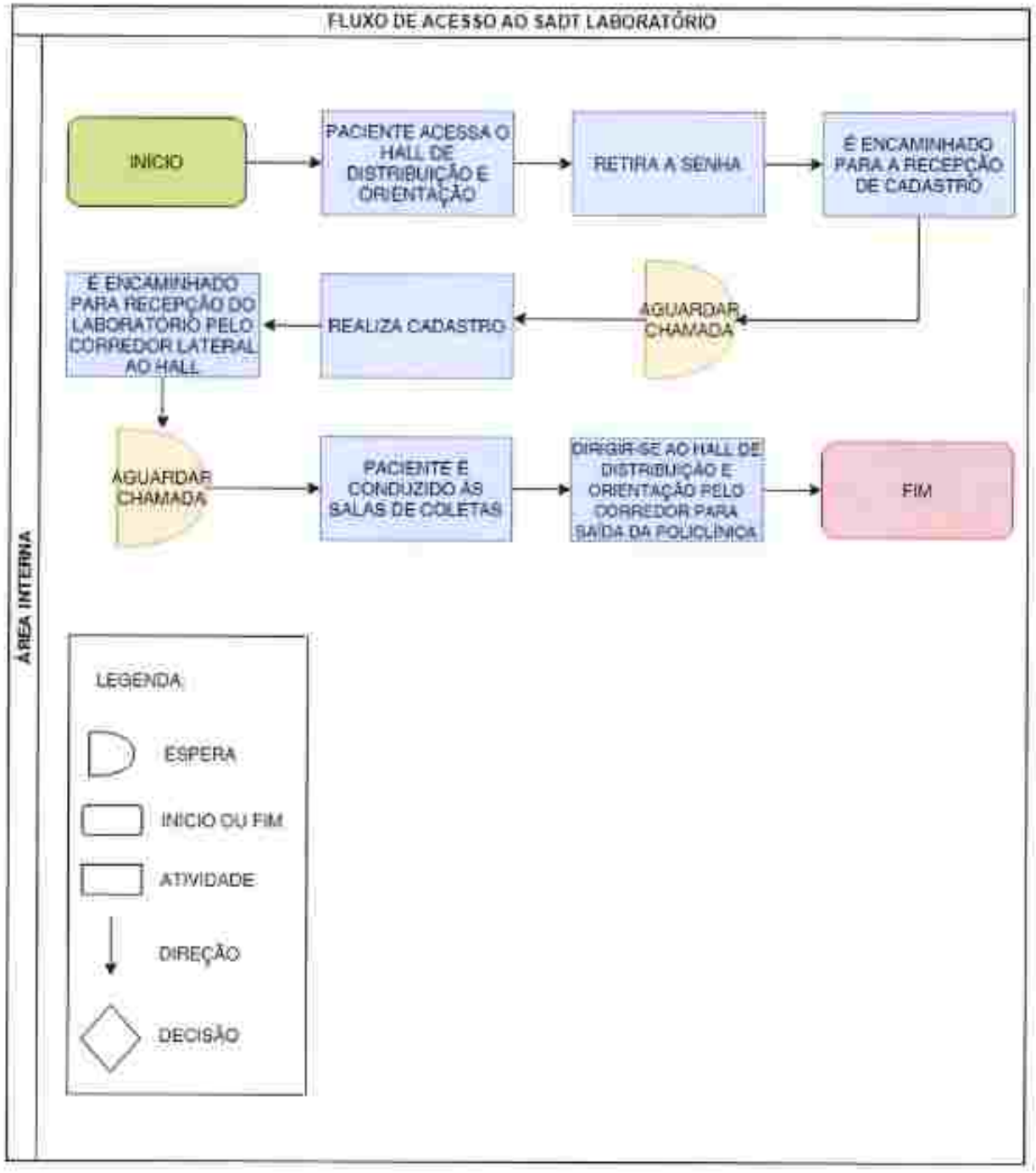


Fluxo de acesso aos SADT´s Ortopédicos/Gesso, Densitometria

Óssea, Ultrassonografia, Raio X, Mamografia e Tomografia Computadorizada: Paciente acessa o Hall de Distribuição e Orientação, retira senha, é encaminhado para a Recepção de Cadastro e aguarda chamada. Após cadastro, é encaminhado para a Recepção de Procedimentos pelo corredor lateral ao Hall e aguarda nova chamada. Após chamada, paciente é conduzido às salas de específicas para realização de procedimentos. Ao término do procedimento, se necessário, o paciente é conduzido para a área de Recuperação pós-anestésica para recuperação e alta, dirige-se ao Hall de Distribuição e Orientação pelo corredor para saída da Policlínica;

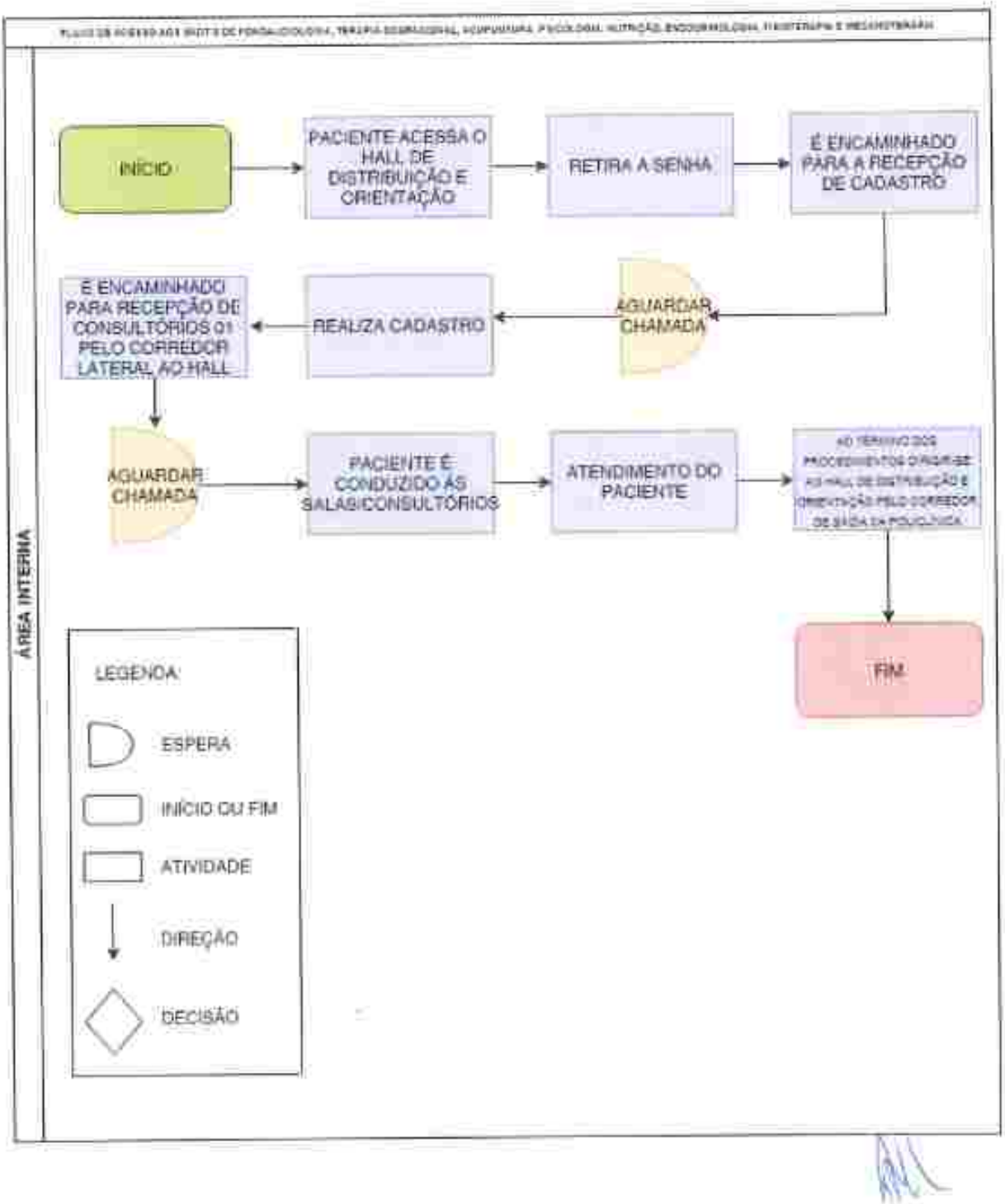


Fluxo de acesso ao SADT Laboratório: Paciente acessa o Hall de Distribuição e Orientação, retira senha, é encaminhado para a Recepção de Cadastro e aguarda chamada. Após cadastro, é encaminhado para a Recepção do Laboratório pelo corredor lateral ao Hall e aguarda nova chamada. Após chamada, paciente é conduzido às salas de coletas; ao término dos procedimentos, dirige-se ao Hall de Distribuição e Orientação pelo corredor para saída da Policlínica.

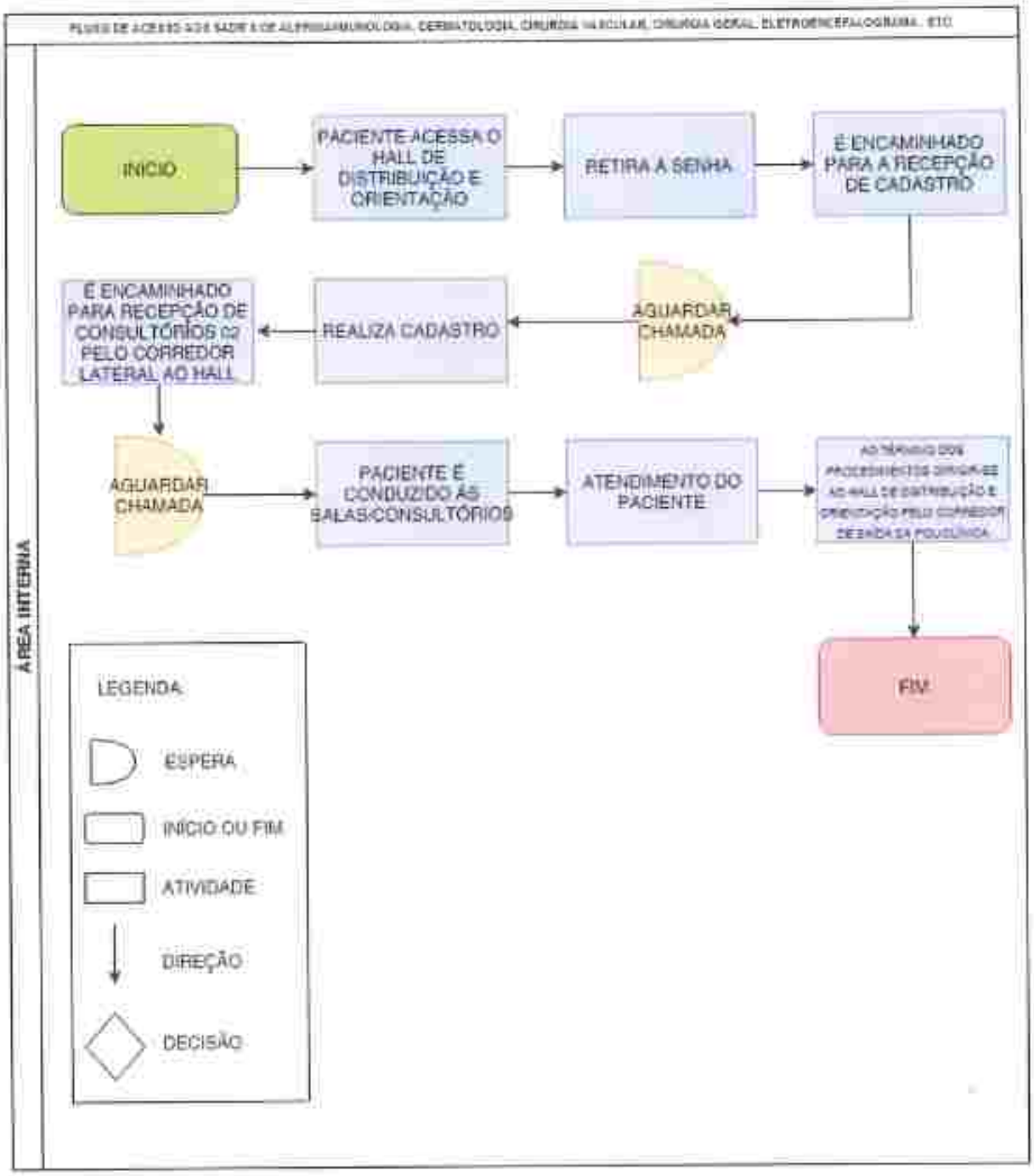


Fluxo de acesso aos SADT´s de Fonoaudiologia, Terapia

Ocupacional, Acupuntura, Ortopedia, Psicologia, Nutrição, Endocrinologia, Fisiatria, Fisioterapia e outros: Paciente acessa o Hall de Distribuição e Orientação, retira senha, é encaminhado para a Recepção de Cadastro e aguarda chamada. Após cadastro, é encaminhado para a Recepção de Consultórios 01 pelo corredor lateral ao Hall e aguarda nova chamada. Após chamada, paciente é conduzido às salas/consultórios para atendimento, ao término dos procedimentos, dirige-se ao Hall de Distribuição e Orientação pelo corredor para saída da Policlínica;

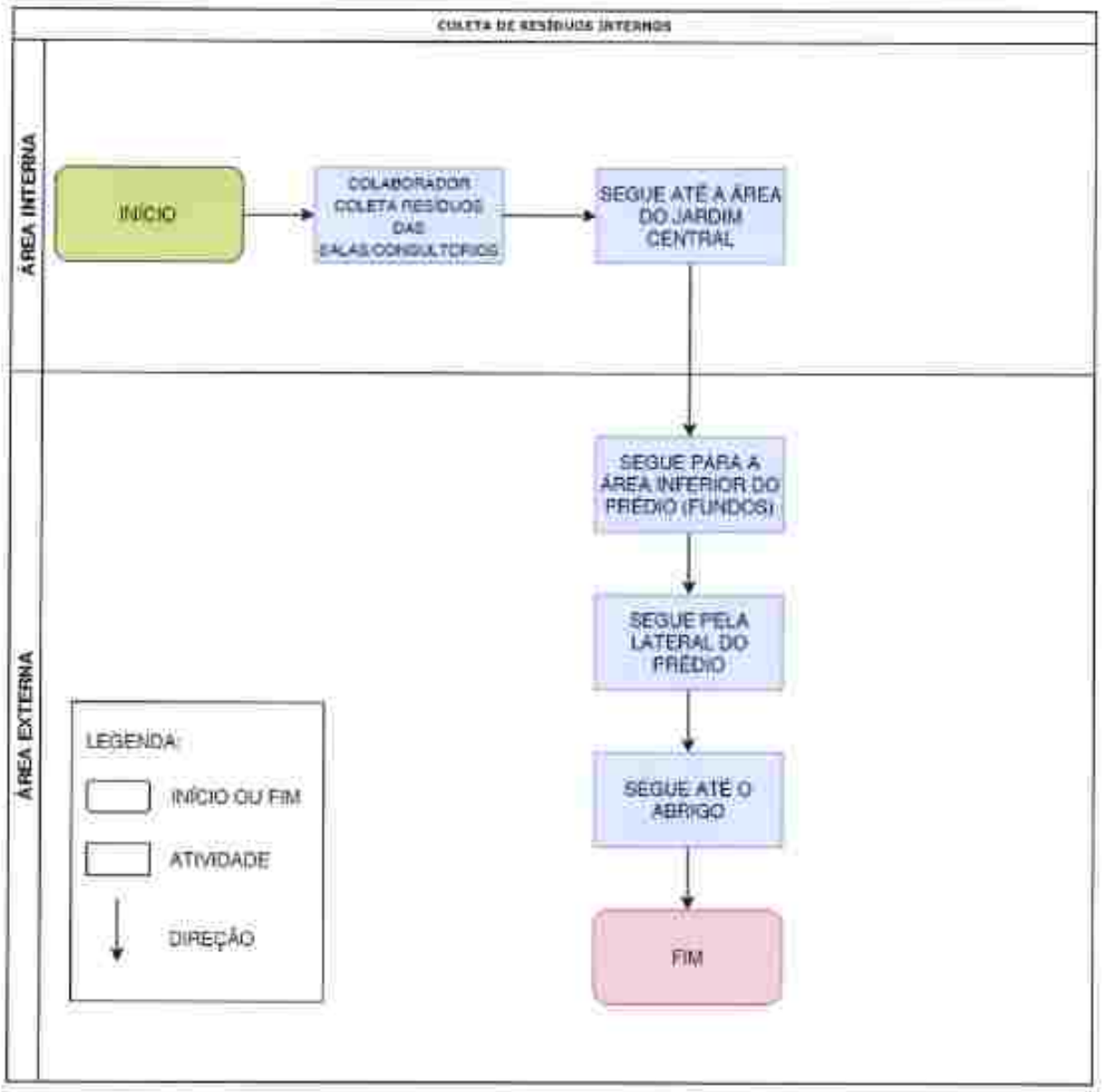


Fluxo de acesso aos SADT´s de Alergia/Imunologia, Dermatologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Anestesiologia, Gastroenterologia, Hematologia, Mastologia, Pediatria, PIC (Práticas Integrativas e Complementares), Pneumologia, Reumatologia, Medicina da Família, Telemedicina, Audiometria, Ginecologia/Obstetrícia, Colposcopia, Urologia, Cardiologia, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Holter, Teste Ergométrico, Curativos, Oftalmologia, Exames Oftalmológicos e Dilatação, dentre outros: Paciente acessa o Hall de Distribuição e Orientação, retira senha, é encaminhado para a Recepção de Cadastro e aguarda chamada. Após cadastro, é encaminhado para a Recepção de Consultórios 02 pelo corredor lateral ao Hall e aguarda nova chamada. Após chamada, paciente é conduzido às salas/consultórios para atendimento, ao término dos procedimentos, dirige-se ao Hall de Distribuição e Orientação pelo corredor para saída da Policlínica.



Coleta interna de resíduos:

Coleta de resíduos internos: A coleta de resíduos ocorrerá durante todo o período de funcionamento da Policlínica. Colaborador coleta os resíduos das salas/consultórios, segue até a área do jardim central, e depois para a área inferior do prédio (fundos) seguindo a lateral do prédio, até o abrigo de resíduos.


COLETA DE RESÍDUOS INTERNOS
ÁREA INTERNA
ÁREA EXTERNA
INÍCIO
COLABORADOR COLETA RESÍDUOS DAS SALAS/CONSULTÓRIOS
SEGUE ATÉ A ÁREA DO JARDIM CENTRAL
SEGUE PARA A ÁREA INFERIOR DO PRÉDIO (FUNDOS)
SEGUE PELA LATERAL DO PRÉDIO
SEGUE ATÉ O ABRIGO
FIM
LEGENDA:
INÍCIO OU FIM
ATIVIDADE
DIREÇÃO

1.1.1.2 - Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos

O registro de documentos de pacientes e demais usuários da unidade de saúde é de responsabilidade de diversos setores, desde a recepção até os profissionais assistenciais ao longo da jornada de cuidados prestados ao paciente. No que diz respeito às informações assistenciais, essas sempre deverão compor o prontuário do paciente.

Paralelamente, as unidades de saúde também precisam registrar as informações de gestão, tanto dos setores assistenciais quanto dos setores de apoio operacional. Neste sentido, propõe-se dois grupos de fluxos: (I) Fluxos Gerais, (II) Fluxos Específicos/Suporte Assistencial e (III) Fluxos Específicos/Suporte Administrativo.

(I) Fluxos Gerais

Fluxo de Registro de Documentos de Pacientes

Etapas:

1. **Recepção do Documento**:

   - **Físicos**: Documentos como resultados de exames, laudos médicos, prescrições, são recebidos fisicamente e imediatamente encaminhados para digitalização.
   - **Digitais**: Documentos eletrônicos recebidos via e-mail ou sistema de telemedicina são diretamente integrados ao sistema de gestão em serviços de saúde (Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP).
   - **Identificação**: O documento é identificado e vinculado ao prontuário do paciente com base em identificadores únicos (ID do paciente, número de atendimento etc.).

2. **Análise e Validação**
   - Validação de documentos críticos, como exames e laudos, pelos profissionais de saúde responsáveis.
   - Conferência de autenticidade: Verificação de assinaturas digitais e autenticidade dos laudos médicos.

3. **Digitalização e Registro**
   - Documentos físicos são digitalizados e o arquivo eletrônico é imediatamente

inserido no PEP.

- Documentos digitalizados são registrados no sistema com metadados (data de emissão, responsável, tipo de documento) para facilitar o rastreamento e a recuperação.

4. Classificação por Prioridade Clínica

- Documentos críticos (urgência): Como resultados de exames de emergência, laudos de cirurgias e prescrições, recebem prioridade máxima e são acessíveis imediatamente aos profissionais de saúde.
- Documentos de rotina: Resultados de exames regulares, atestados e relatórios recebem prioridade normal, sendo arquivados no prontuário eletrônico, mas sem marcação de urgência.

5. Armazenamento e Segurança

- Sistema de PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente): Todos os documentos são armazenados no PEP, garantindo que estejam disponíveis em qualquer unidade de atendimento.
- Implementação de backups automáticos e criptografia de documentos para garantir segurança e conformidade com as regulamentações de proteção de dados (LGPD e HIPAA).
- Controle de Acesso: Acesso restrito a cada tipo de documento de acordo com o nível hierárquico e a função dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, administrativos).

6. Acesso e Consulta

- Acesso rápido: Documentos urgentes podem ser acessados de maneira imediata pelos profissionais de saúde via PEP.
- Notificações automáticas: Médicos responsáveis são notificados automaticamente sobre a chegada de documentos críticos, como resultados de exames.

7. Atualizações e Modificações

- Qualquer atualização no prontuário ou em documentos é registrada com data e hora, além da identificação do responsável pela modificação (rastreabilidade).
- Procedimentos de revisão de laudos médicos para evitar inconsistências ou erros, com assinatura eletrônica dos responsáveis.

8. **Arquivamento e Descarte Seguro**

- Prazo de retenção: Documentos são arquivados eletronicamente conforme as regulamentações de retenção de dados médicos (ex.: 20 anos).
- Descarte seguro: Documentos físicos desnecessários são destruídos de forma segura, e arquivos eletrônicos são eliminados seguindo protocolos de exclusão definitiva.

Fluxo de Registro de Documentos Administrativos (Área de Saúde)

Etapas:

1. Criação ou Recepção de Documentos Administrativos
   - Físicos e digitais: Recebimento de contratos de fornecedores, notas fiscais, relatórios administrativos, entre outros. Para documentos físicos, digitalização imediata.
   - Documentos criados internamente: Criação de relatórios financeiros, relatórios de auditorias médicas, atas de reuniões, entre outros, com registro de autor e data de emissão.

2. Aprovação e Assinatura
   - Contratos e documentos formais: Envio para aprovação dos gestores de saúde ou dos responsáveis de setores (financeiro, jurídico, RH).
   - Utilização de assinaturas eletrônicas certificadas (e-CPF, e-CNPJ) para garantir validade jurídica e conformidade com a legislação de saúde.

3. Classificação e Registro
   - Classificação automática: Documentos administrativos são automaticamente categorizados no sistema conforme o tipo (ex.: contratos, licenças de funcionamento, registros de auditorias) e prioridade.
   - Registro de documentos no Sistema de Gestão Hospitalar (ERP ou outro software de gestão), com identificação única.

4. Armazenamento e Segurança
   - Armazenamento digital: Utilização de sistemas em nuvem seguros para armazenar documentos administrativos, com backups automáticos.
   - Controle de acesso baseado em função: Documentos administrativos são

acessíveis apenas para usuários com permissão adequada, dependendo da função (gestores, diretores, responsáveis financeiros).

5. Distribuição
    - Documentos são distribuídos internamente através do sistema de gestão de serviços de saúde ou e-mails corporativos seguros, conforme necessário.
    - Protocolos de confidencialidade: Garantir que documentos sensíveis (ex.: contratos de fornecedores de medicamentos) sejam compartilhados apenas com partes autorizadas.
6. Consulta e Atualizações
    - Acompanhamento e auditoria: Qualquer alteração em contratos ou relatórios é registrada no sistema com log de atividades, possibilitando auditorias internas.
    - Atualizações de documentos administrativos são realizadas de acordo com o cronograma de revisão de processos da unidade de saúde.
7. Auditoria e Controle
    - Auditorias periódicas: Realização de auditorias para assegurar a conformidade com normas legais e regulatórias (ANVISA, CRM, etc.) e para garantir o cumprimento dos protocolos internos.
    - Monitoramento de acessos: Logs de acesso aos documentos para garantir que apenas usuários autorizados consultem informações sensíveis.
8. Arquivamento e Descarte
    - Prazo de retenção administrativa: Cumprimento de normas fiscais e legais para retenção de documentos (ex.: contratos e relatórios financeiros arquivados por até 10 anos).
    - Descarte de documentos administrativos: Implementação de protocolos de descarte seguro para documentos físicos e exclusão definitiva de documentos digitais quando o período de retenção for atingido.

III. Ferramentas e Padrões Específicos para Área de Saúde

- Sistema de Gestão Hospitalar Integrado (SGH): Centralizar o armazenamento, consulta e modificação de documentos no PEP e no sistema administrativo, permitindo rastreamento de cada documento.
- Assinaturas Eletrônicas Certificadas (ICP-Brasil): Uso obrigatório para contratos e documentos que exijam validação jurídica.
- Política de Privacidade e Proteção de Dados (LGPD e HIPAA): Implementação de rigorosos protocolos de segurança da informação para garantir a

confidencialidade de dados médicos e administrativos.

- Backup e Recuperação de Dados: Sistemas de backup automáticos e planos de recuperação de desastres para documentos eletrônicos.
- Criptografia e Acesso Restrito: Criptografia de dados sensíveis e políticas de controle de acesso baseadas em função, para garantir a integridade dos documentos e a segurança dos dados.

IV. Fluxos Específicos/Suporte Assistencial

Fluxo para atendimento ambulatorial /procedimentos

Mensalmente, todas as unidades de saúde que compõem a rede estadual de saúde do Estado de Goiás disponibilizam vagas de consultas, SADT´s e demais procedimentos junto ao Complexo Regulador Estadual – CRE; órgão pertencente à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, responsável pela regulação de toda demanda pública em saúde sob responsabilidade do estado.

O SISREG III (Sistema de Regulação), disponibiliza o registro dos pacientes autorizados para consulta ambulatorial.



imagem: Tela de Consulta de Agenda Ambulatorial

2 – Após verificação da agenda disponibilizada pelo SISREG, é agendado no Sistema de Agendamento do MV, de acordo com a especificidade de cada paciente.

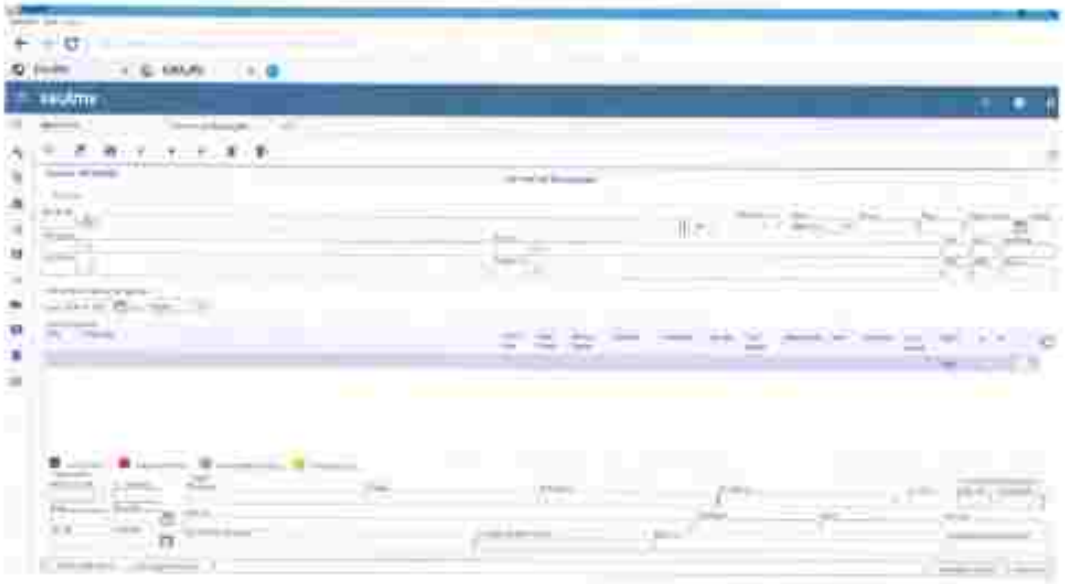


Imagem: Tela de Agendamento de Consulta Ambulatorial

3- O paciente comparece na unidade para consulta com especialista.



Imagem: Tela de Atendimento Médico – Ambulatorial

4 – Após o atendimento médico o registro é encaminhado ao Núcleo Interno de Agendamento - NIA, para agendamento dos procedimentos solicitados (exame, cirurgia, retorno ou outros encaminhamentos).



Imagem: Tela de Marcação de Consultas e SADT



Imagem: Tela de Marcação de Procedimentos

Após o agendamento, o paciente comparece a unidade na data definida para a realização do atendimento/procedimento.

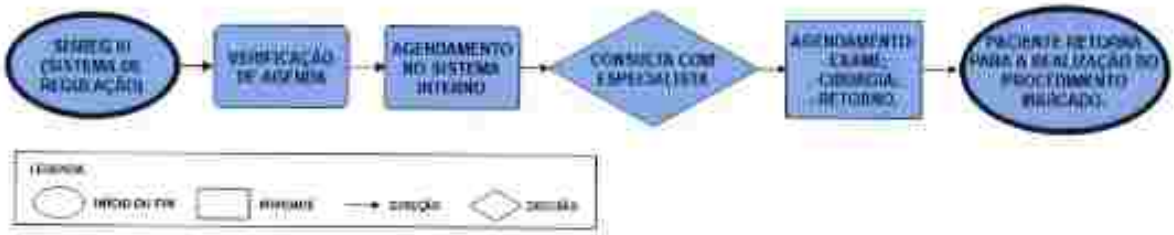


Imagem: Fluxo de Registro de Documentos – Agendamento Ambulatorial/Procedimentos Cirúrgicos.

Fluxo para dispensação de materiais e medicamentos da Farmácia para os setores assistenciais

1 – O setor requisita os MAT/MED necessários eletrônico/impresso para CAF / ALMOXARIFADO/ FARMÁCIA;



Imagem: Tela de Requisição de Produtos.

2 – O destinatário acessa o registro eletrônico/impresso, realiza uma conferência clínica e separa o MAT/MED solicitado.

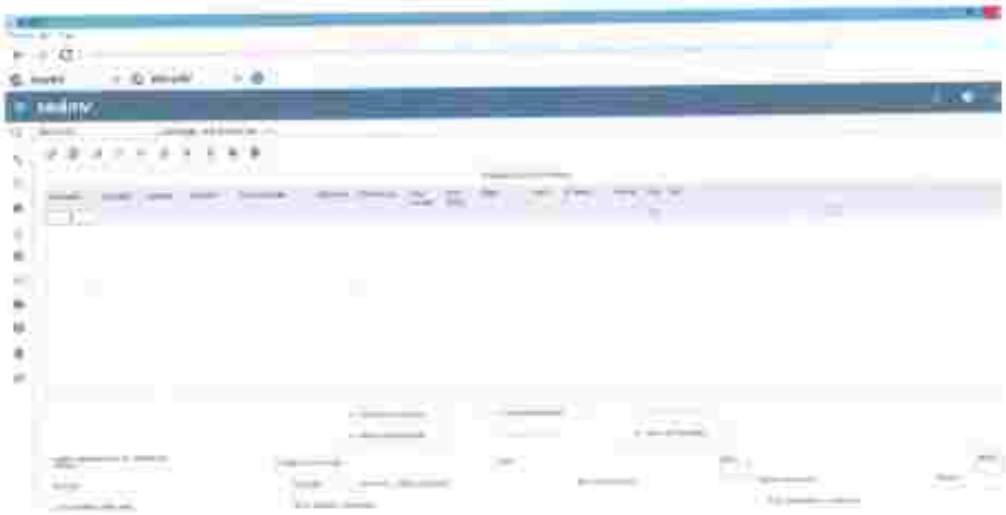


Imagem: Tela de Visualização de Produtos Solicitados

3 – Após a separação, é realizado a baixa dos MAT/MED solicitados e entregue no setor solicitante.



Imagem: Tela de Baixa de Produtos Solicitados

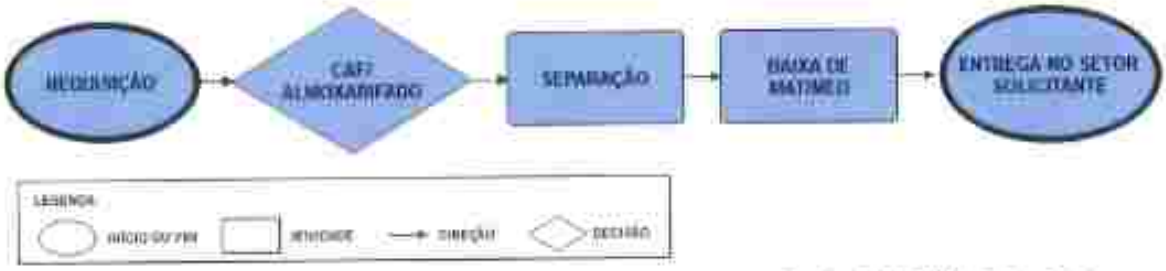


Imagem: Fluxo de Registro de Documentos – Dispensação de MAT/MED Por Setor.

Fluxo para transferência de MAT/MED do CAF para a Farmácia

1 – O farmacêutico solicita para o CAF os MAT/MED necessários eletrônico/impresso.



Imagem: Tela de Solicitação de Transferência de MAT/MED

2 – O assistente do CAF acessa o registro, realiza a separação dos MAT/MED solicitados faz a transferência e entrega na farmácia.



Imagem: Tela de Baixa de Transferência de MAT/MED

3- O auxiliar de farmácia acessa o registro dos MAT/MED solicitados, confere e aceita o pedido de transferência.



Imagem: Tela de Confirmação de Transferência.

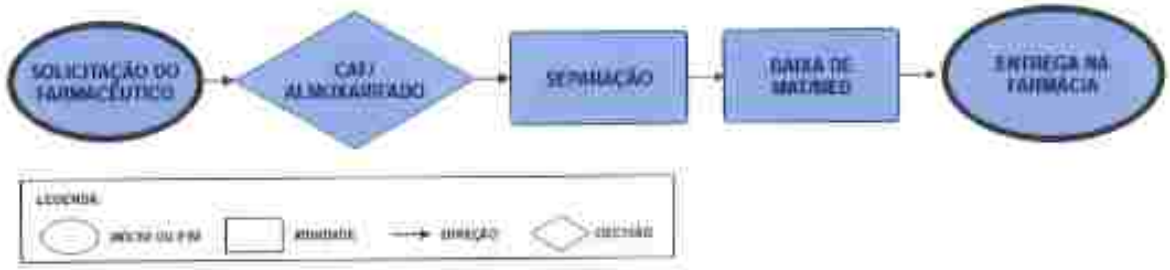


Imagem: Fluxo de Registro de Documentos – Transferência de MAT/MED do CAF para a Farmácia.

Fluxo para compras de materiais e medicamentos

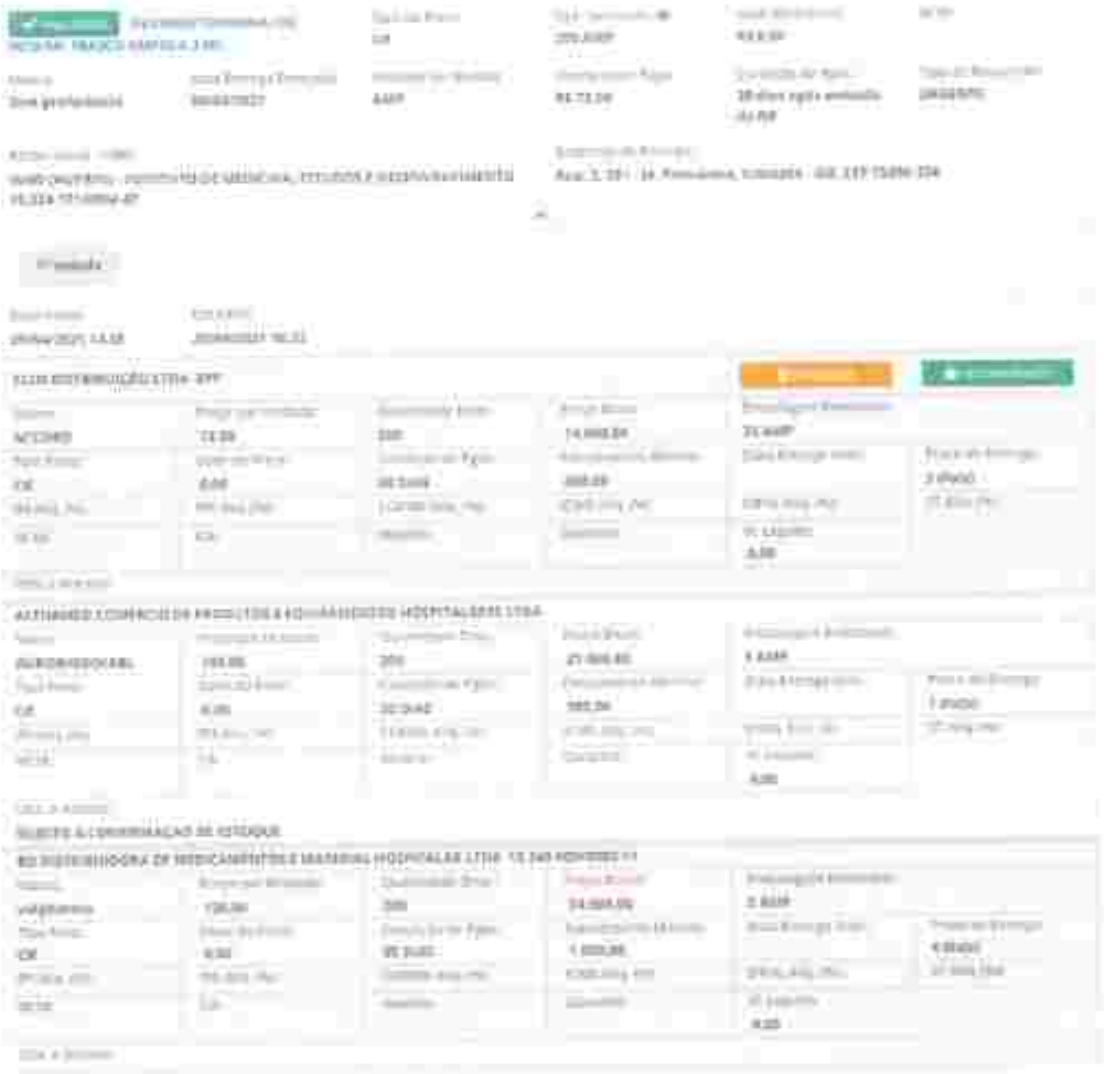
1. O colaborador da Farmácia e/ou Almoxarifado planeja e informa a quantidade a ser comprada plataforma de gestão de projetos e processos.



2. Comprador insere o(s) item(s) a ser(em) cotado(s) no sistema de compras.



3. Encerrando o prazo de cotação, o comprador avalia se houve, no mínimo, 3 fornecedores.



4. Finalizando prazo de cotação, o comprador seleciona o fornecedor ganhador com menor preço e/ou condições, gera o pedido de compra e envia para aprovação da Diretoria Financeira.



Pedido	Código	Origem	Total do pedido	Situação
17309	-	CQT_5217	400.00	Confirmado

Empresa:	IMED (MUTINA) - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO
CNPJ:	19.324.171/0004-47
Endereço:	Brasil - Goiás - Trindade - Jd. Primavera, Rua: S 281 - CEP 75380-334
Contato:	LUCIANA SOUZA
Telefone:	(11)3141-1148
Email:	financeiro@imed.org.br

Nome	Email	Telefone
Pedro Cesar Liberti	compras@hospital-cigal.edu.org.br	(62) 3450-651

Empresa:	INOVACAO SERVICOS E COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
CNPJ:	00.302.007/0001-68
Endereço:	-
Contato:	Gisele Carvalho dos Santos
Telefone:	(62)3283-1414
Email:	gisele.comercial@vanguarda.net.br

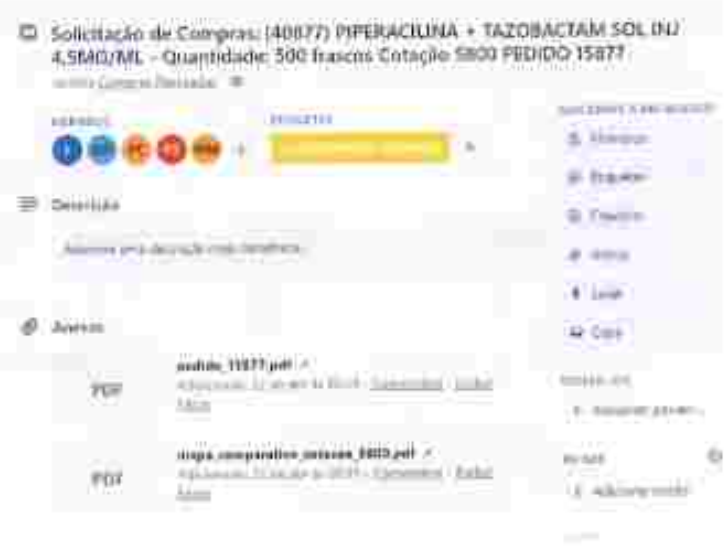
Data da aprovação	Condição de Pagamento	Faturamento mínimo	Organização de Compra	Grupo de Compradores	Tipo de Pedido
-	30 dias após emissão da NF	-	-	-	URGENTE

Endereço de entrega	Prazo de entrega	Frete
Brasil - Goiás - Trindade - Jd. Primavera, Rua: S 281 - CEP 75380-334	30 dia(s)	Cif

Produto	Marca	Unid. Medida	Quant.	VL. Unitário	Prazo de entrega	VL. Total	Usuário Solicitante	Centro de Custo
EQUIPO PARA AUTOCAÇÃO ENTERAL COM FILTRO DE AR - para dieta enteral flexível em rolo	Sem preferência	UND	10	2,00	30 dia(s)	400,00	Pedro Cesar Liberti	FARMACIA

5. Após aprovação da Diretoria Financeira, o pedido é enviado para o fornecedor automaticamente autorizando a entrega e faturamento do pedido.

6. O comprador anexa na plataforma de gestão de projetos e processos o mapa de cotação e pedido de compra para conferência no recebimento.


Solicitação de Compras: (40877) PIPERACILINA + TAZOBACTAM SOL INJ 4,5MG/ML - Quantidade: 500 frascos Cotação 5800 PEDIDO 15877
Descrição
Anexos
PDF
PDF

FLUXOGRAMA



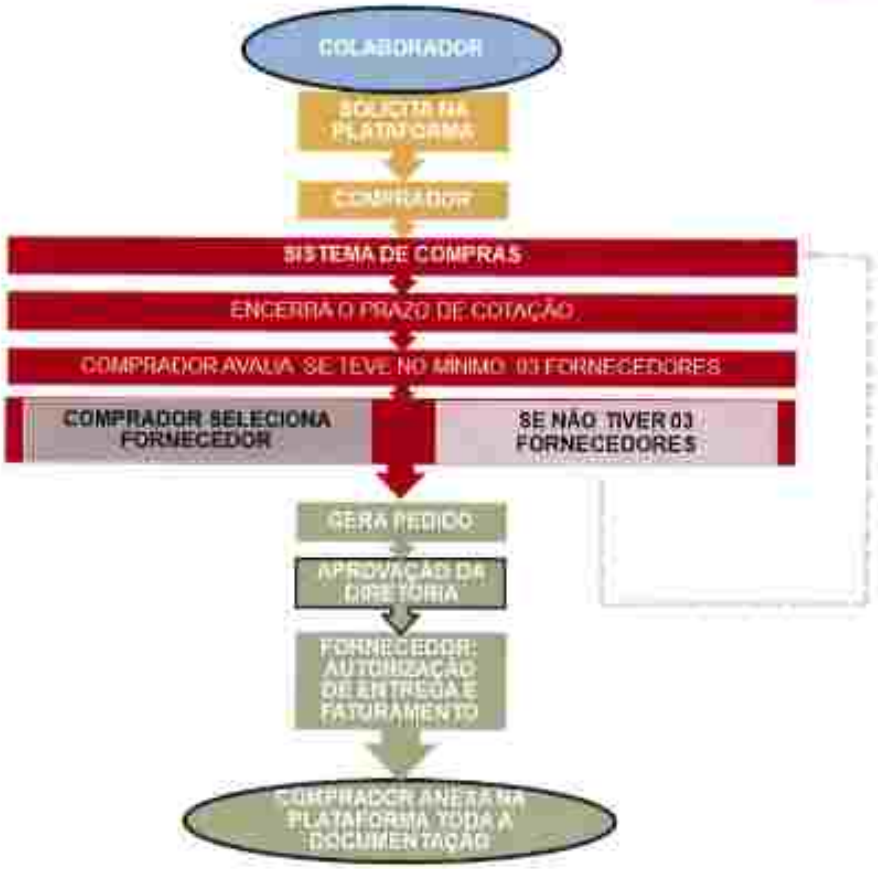


Imagem: Fluxo de compras

(II) Fluxos Específicos/Suporte Administrativo

Fluxo para pagamento de prestadores de serviço

1. Prestador de serviços insere a nota fiscal, relatório e certidões na plataforma de gestão de projetos e processos.



Imagem: Tela do "Quadro "Prestador de Serviço""

2. Tesouraria unifica os documentos (nota fiscal, relatório e certidões) e envia para a "Oficina de documentos" solicitando o atesto da nota (verificação da direção da Unidade se os serviços informados na nota estão de acordo com os serviços prestados na Unidade) – Lista Aguardando

Imagem: Tela do "Quadro – Oficina de Documentos"

3. Após o atesto da direção, a secretária da diretoria envia o card para a *"Lista Prepar.Aprov.pagto"*, onde serão inclusas as certidões negativas e contratos de prestação de serviços. Caso exista alguma certidão positiva, o card é colocado na "Lista – Em andamento" e solicitado ao prestador a regularização da certidão.



Imagem: Tela do "Quadro – Oficina de Documentos"

4. Após a verificação das certidões, atesto da nota e inclusão do contrato, o card é enviado para o Quadro – Adm_Fin, para aprovação do Controle Interno.

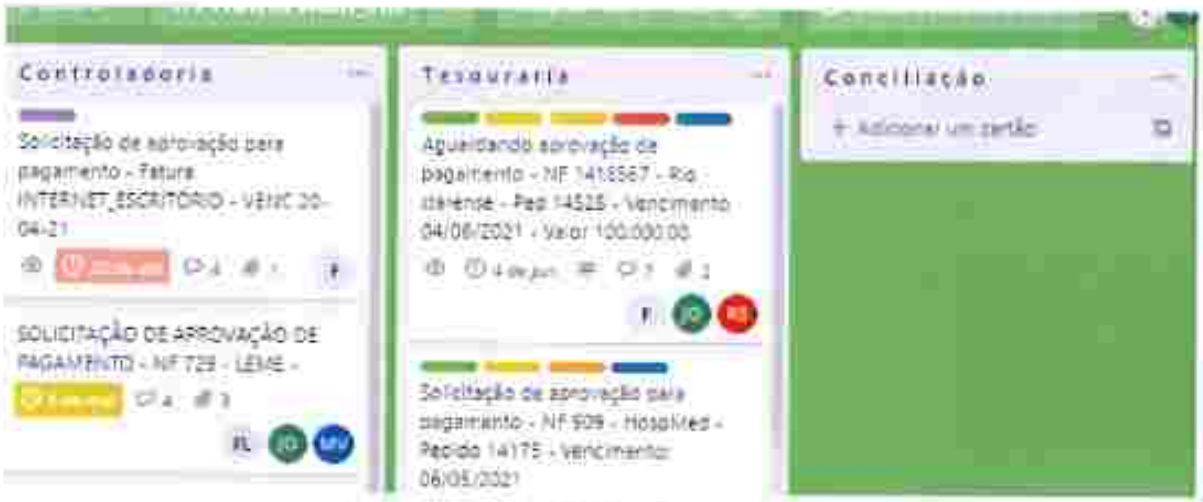


Imagem: Tela do "Quadro – Adm_Fin"

5. Se aprovado, o card é enviado para a lista "Tesouraria" para pagamento. Se reprovado, é enviado para a "Lista – Não aprovados" no Quadro Oficina de Documentos para regularização do processo. Nesse último caso, é verificada qual a não conformidade e solicitado ao prestador de serviços a regularização. Após a regularização, a documentação é encaminhada novamente para aprovação do Controle Interno.



6. Após o pagamento, o card é enviado para a Lista "Conciliação.



7. Na "Conciliação" é incluído o comprovante de pagamento e o card é enviado para o "Quadro – Prestação de Contas" Lista SIPEF D+1 – Aguardando Inclusão e Transmissão.



9. Após a transmissão, o card é enviado para a lista SIPEF D+1 – Transmitidos.

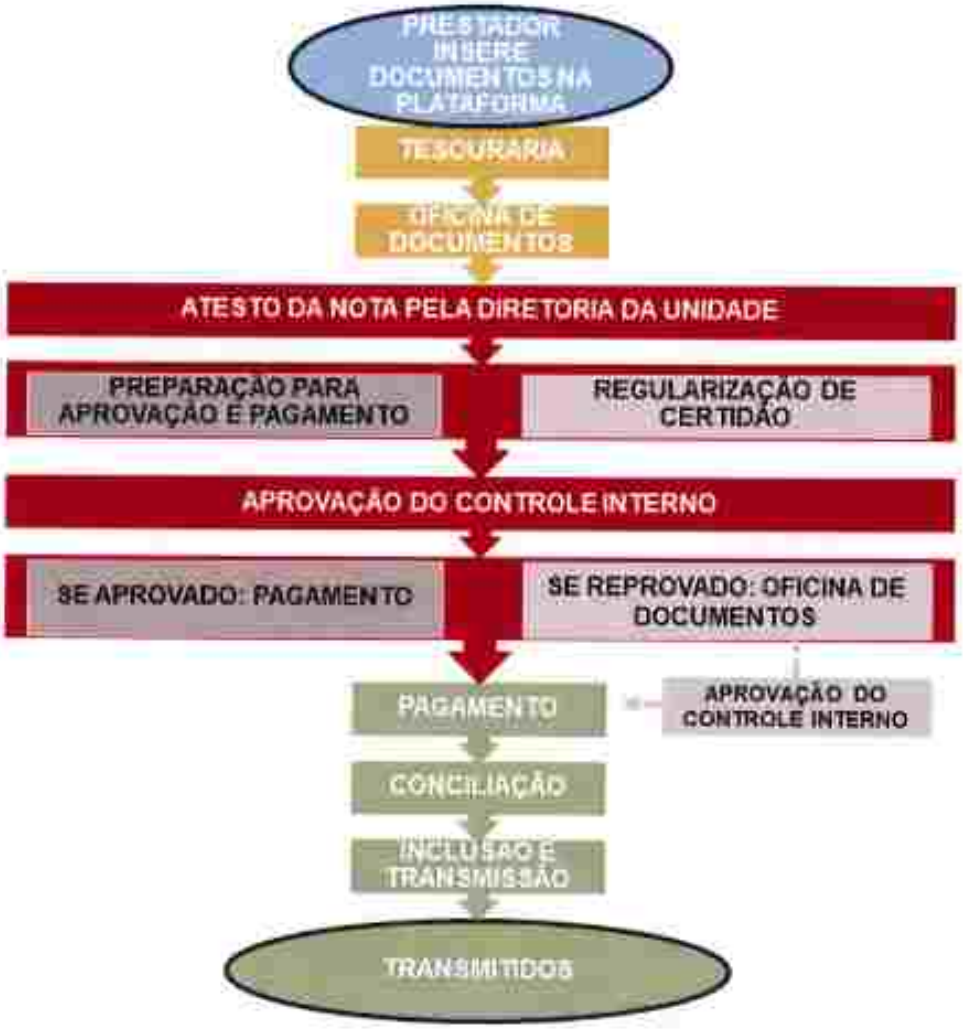
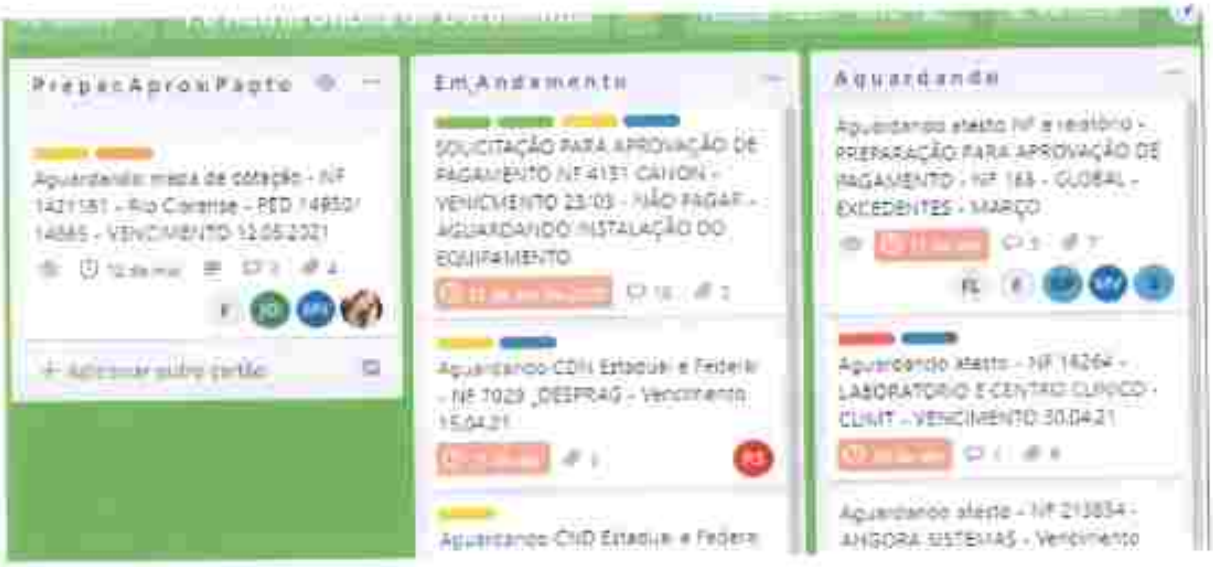


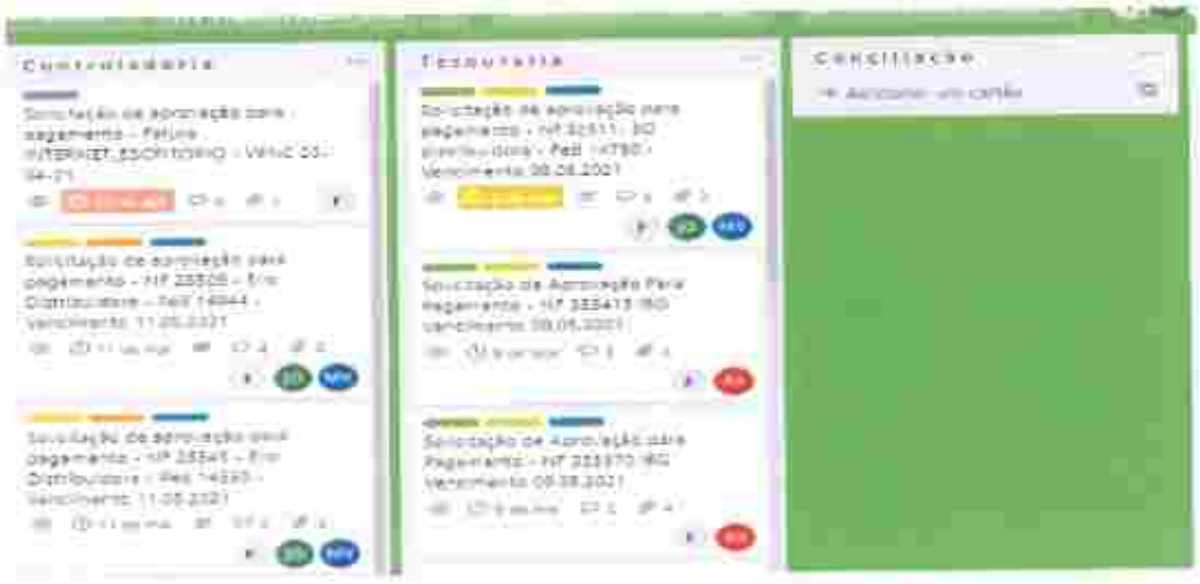
Imagem: Fluxo para pagamentos de terceiros.

Fluxo para pagamento de fornecedores de material médico e medicamento

1. Após o recebimento da nota pelo almoxarifado, a mesma é anexada ao card e enviada para o Quadro Oficina de Documentos – *Lista Prepar.Aprov.Pagto*, para conferência da documentação e inclusão das certidões.



2. Tesouraria faz a conferência da documentação (mapa de cotação, pedido, nota e certidões). Se houver alguma não conformidade, o card é enviado para a lista aguardando e o fornecedor ou o setor de compras é acionado para regularização da mesma e caso não haja nenhuma não conformidade, o card é enviado para o Quadro – Adm_Fin, para aprovação da controladoria.



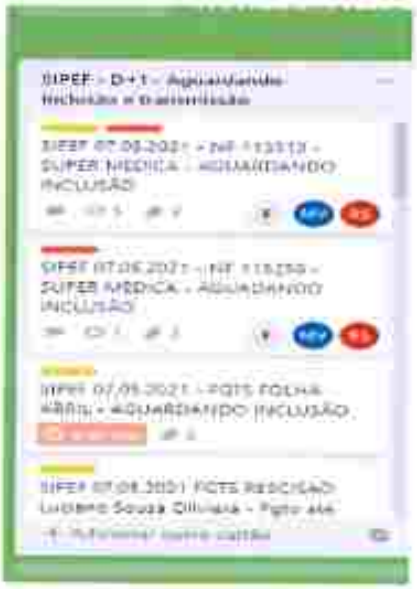
5. Se aprovado, o card é enviado para a lista "Tesouraria" para pagamento, se reprovado é enviado para a "Lista – Não aprovados" no Quadro Oficina de Documentos para regularização do processo. É verificada qual a não conformidade e solicitado ao prestador de serviços a regularização. Após a regularização é encaminhado novamente para aprovação da controladoria.



6. Após o pagamento, o card é enviado para a Lista "Conciliação.



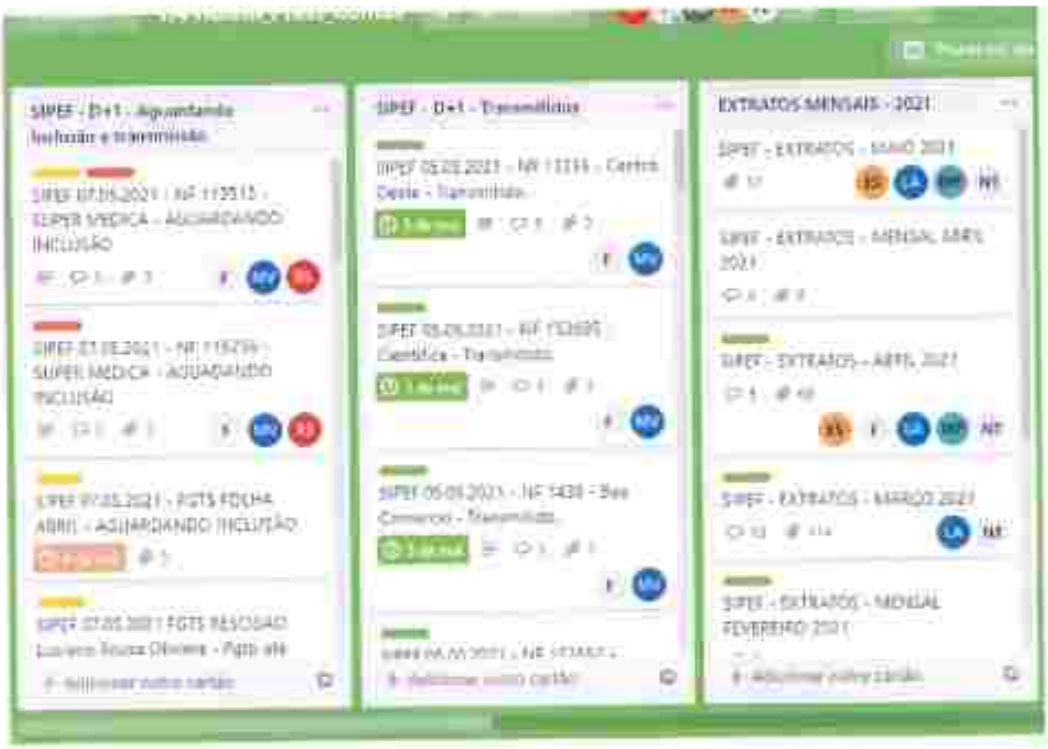
7. Na "Conciliação" é incluído o comprovante de pagamento, e o card é enviado para o "Quadro – Prestação de Contas" Lista SIPEF D+1 – Aguardando Inclusão e Transmissão.



8. Após a transmissão, o card é enviado para a lista SIPEF D+1 – Transmitidos.



9. Na lista "Extratos Mensais" são anexados os extratos mensais para Prestação de Contas Mensal – SIPEF.



10. Na lista "Despesas de Baixo Custo" são anexados os processos para prestação de contas – SIPEF – Fundo Fixo.



FLUXOGRAMA

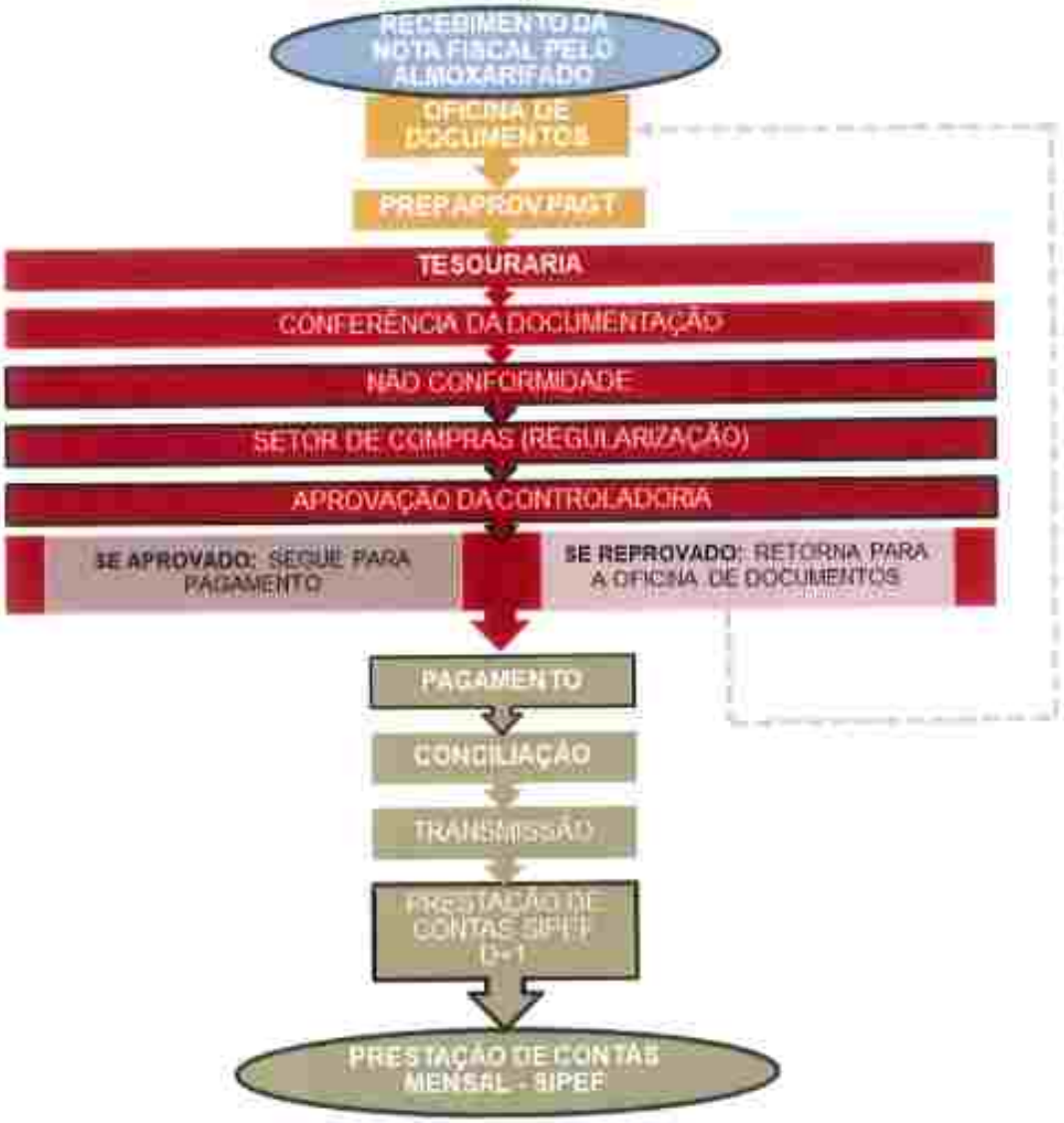


Imagem: Fluxo para Pagamentos de Fornecedores de Material Médico e Medicamento.

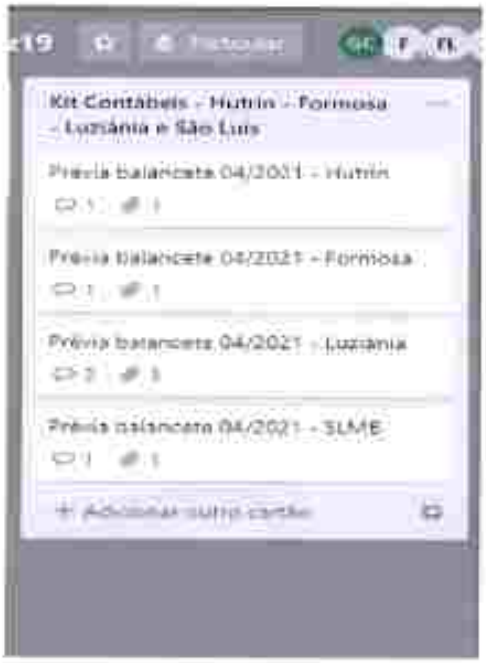
Fluxo para elaboração do "kit contábil"

1. Na lista "Kit Contábil" são anexados os relatórios que compõem o Kit Contábil:

- Livro Razão;
- Livro Diário;
- Balancete;
- Balanço patrimonial;

- Folha de Pagamento (resumo da folha e folha analítica);
- Caged;
- Gefip;
- DCTF;
- Extrato Bancário;
- DRE.

2. A contabilidade disponibiliza a prévia desses documentos para conferência do departamento financeiro no quadro BRFIN:



3. Após a conferência, as planilhas são enviadas ao departamento de automatização das matrizes de acordo com o SIPEF, são elas:

- 0300 – Balancete
- 0400 – Balanço Patrimonial
- 0500 – Folha de Pagamento
- 0700 – Encargos da Folha de Pagamento
- 0900 – DRE
- 1300 – Indicadores Hospitalares Metas de Produção
- 1500 – Gastos com Colaboradores

- 1600 – Diário
- 1700 – Razão
- 1800 – Demandas Judiciais
- 1900 – Benefícios da Folha de Pagamento

4. Após a adequação das planilhas, é disponibilizado no trello quadro BRFIN para que o departamento de prestação de contas faça a conferência e posteriormente importe no sistema SIPEF.





5. Após a importação no Sipef, são disponibilizados os arquivos em PDF e o relatório de transmissão no quadro prestação de contas – Kit Contábil Documentos:



FLUXOGRAMA



Imagem: Fluxo para o Kit Contábil

Fluxo de ofícios (emitidos/recebidos)

Os ofícios contam com uma numeração contínua e crescente para controle do que foi enviado, recebido e/ou respondido (controle de entrada e saída de ofícios), sendo certo que as respostas devem conter numeração própria da Unidade de Saúde, mas sempre citar a numeração dos ofícios recebidos.

1 - Ofícios Recebidos

Os ofícios são enviados pelos órgãos entes públicos e privados anteriormente mencionados, algumas vezes, por e-mail, junto às aos endereços eletrônicos pessoais e corporativos cadastrados, de acordo o tema abordado; e, em outras ocasiões, são encaminhados, via correio, tanto para sede de IMED localizada no Município de São Paulo, como para as filiais ou Unidades de Saúde geridas pelo mesmo.

Após, o recebimento, são digitalizados e salvos em pastas internas próprias e, posteriormente, são inseridos em local específico e individualizado (denominado "card") da plataforma de gerenciamento de projetos e processos utilizada pelo IMED (a "Plataforma"), sendo marcadas todas as pessoas envolvidas no tema, bem como o seu responsável direto. Destaca-se que o card é inserido em lista do mês de competência, do mês em que foi recebido.

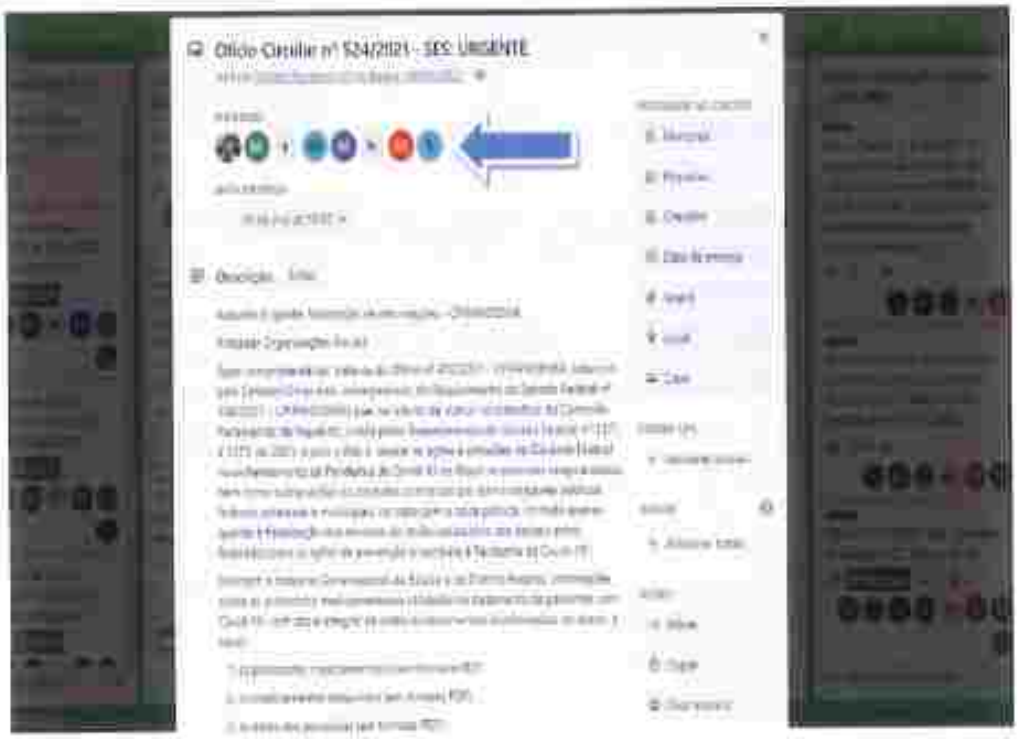
Plataforma



Cards no mês de competência



Card específico com as pessoas marcadas



Ato contínuo, o responsável retém um número de ofício em card próprio da Plataforma (disposto em lista que separa os números dos ofícios por mês[3]) e elabora

uma minuta de ofício resposta com indicação do ofício recebido, inserindo-a no card da demanda juntamente com todas as informações e documentos pertinentes para fins análise e revisão da mesma pela equipe jurídica – que pode pedir informações e/ou documentos complementares, bem como entrar em contato com o responsável pela demanda.

Lista com cards mensais de ofícios

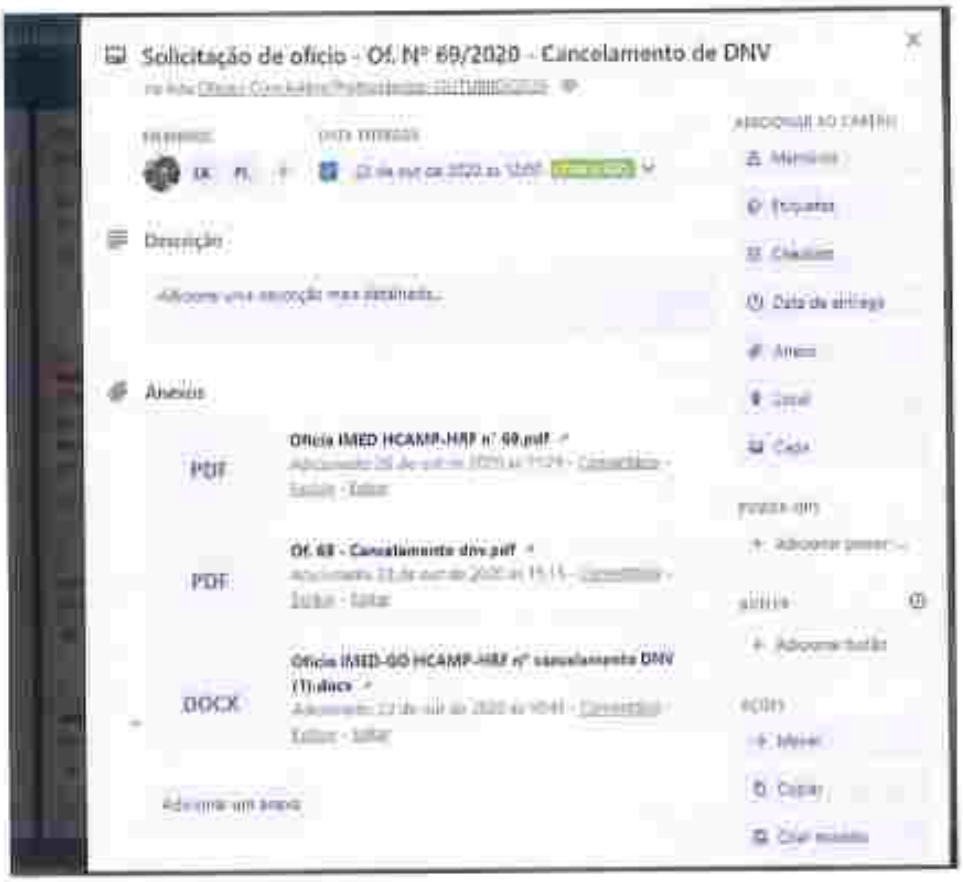




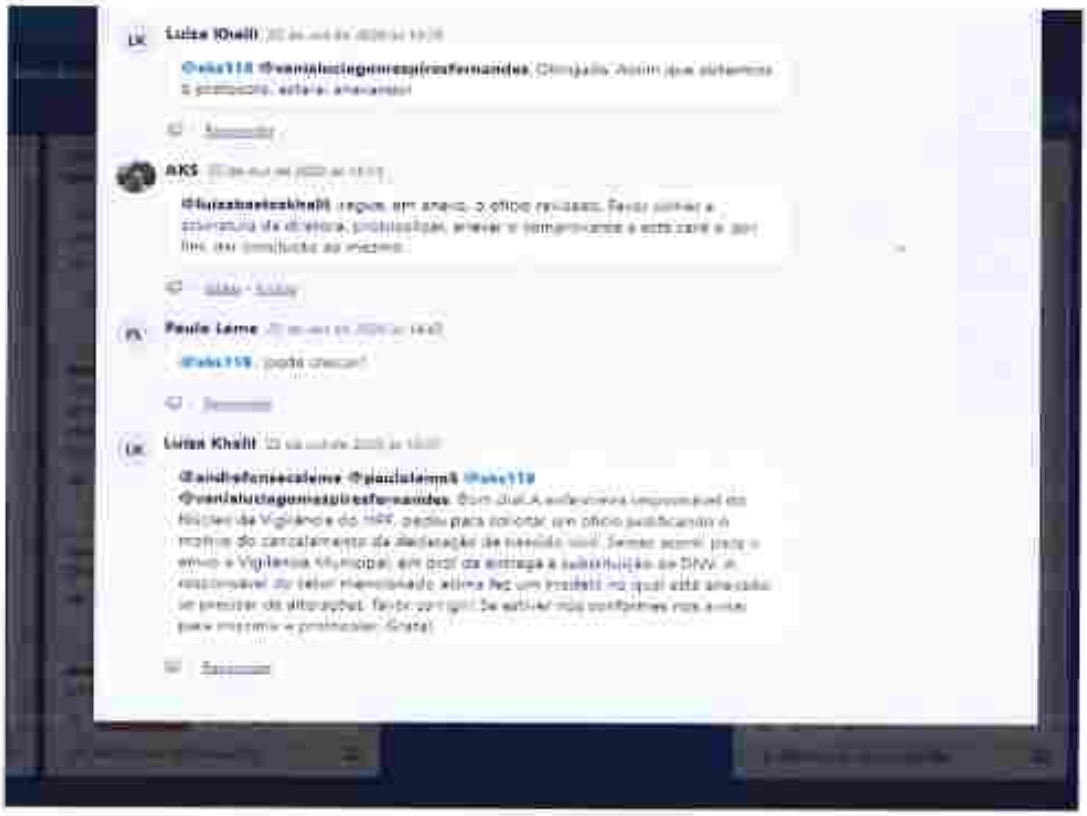
Revisada a minuta, o jurídico insere a versão final da resposta no card da demanda disposto na Plataforma e solicita assinatura do diretor da Unidade de Saúde, bem como o encaminhamento ao órgão solicitante, que, dependendo de cada caso, será

realizado pelo(a) assistente da diretoria por e-mail ou entregue para protocolo físico diretamente no órgão. Em ambos os casos, é solicitado o ateste de recebimento (comprovante de protocolo) em resposta ao e-mail ou na segunda via do ofício resposta.

* **Minuta de ofício resposta com pedido de revisão jurídica**

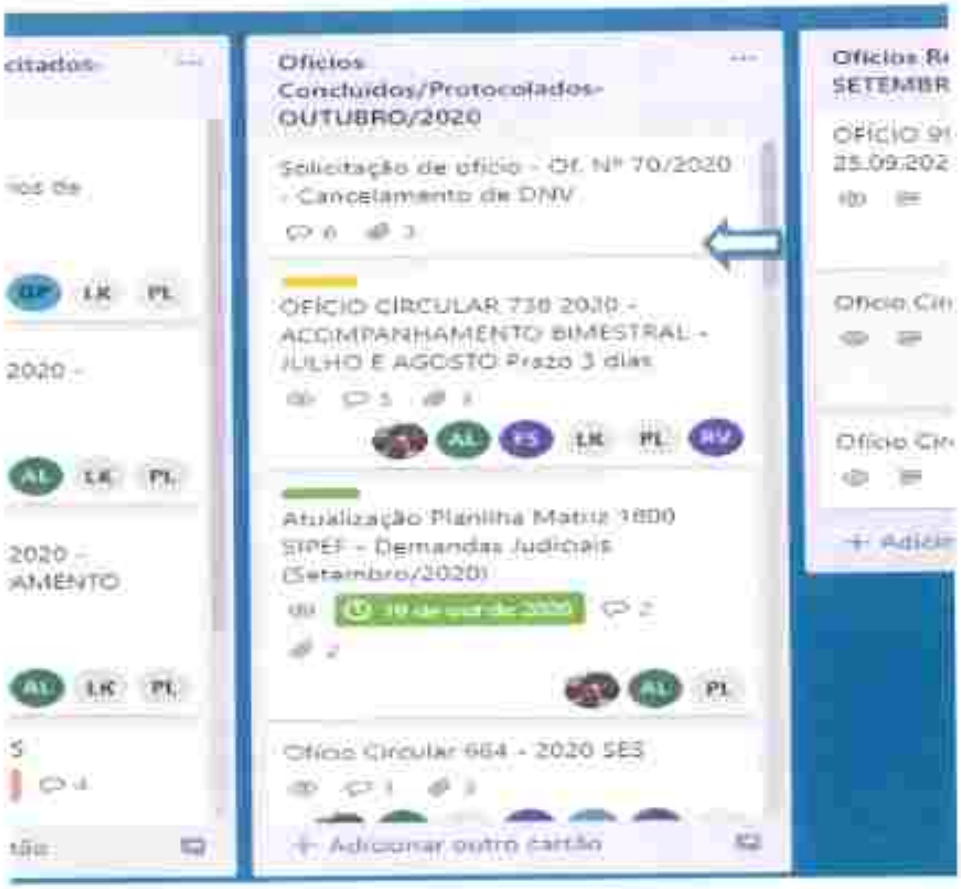






Recebido o comprovante de protocolo, o mesmo é inserido no card da demanda juntamente com a versão assinada do ofício pelo(a) assistente da diretoria, sendo

o card posteriormente baixado e movido para lista de demanda concluídas do respectivo mês de competência.



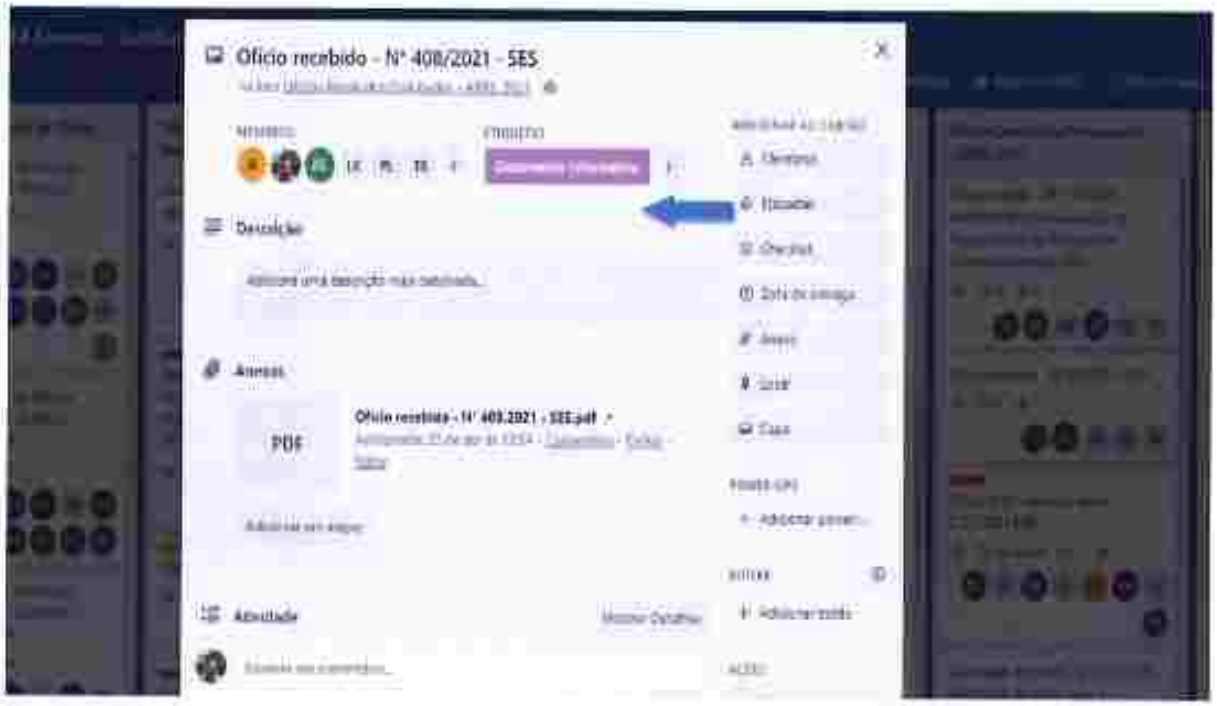
Notas Importantes:

a) Nos casos de ofícios advindos de demandas judiciais é o próprio jurídico que, após ser comunicado via Plataforma e receber das pessoas envolvidas todas as informações e documentos pertinentes, atua diretamente junto ao Poder Judiciário (juízo onde tramita a ação) em todas as fases e atos do processo.

b) Para ofícios enviados pela SES/GO, em atendimento ao procedimento padrão instituído, as respostas são enviadas em arquivo único assinado digitalmente (ofício resposta consolidado com a documentação que o instrui, quando assim houver) para o setor de protocolo da SES/GO (protocolo.saude@goias.gov.br), bem como são mencionados e destacados os números dos processos administrativos que deram origem aos ofícios (tanto nas respostas, como nos e-mails de encaminhamento). Quando, devido ao tamanho do arquivo, não for possível o encaminhamento por e-mail, os ofícios são protocolizados

diretamente no setor de protocolo existente na SES/GO, que certifica o recebimento na segunda via do ofício resposta, ou ainda, verifica-se a possibilidade de criar links de acesso para inserção no corpo do ofício ou corpo do e-mail.

c) Os ofícios de natureza meramente informativa são inseridos na Plataforma com a marcação das pessoas que precisam tomar conhecimento acerca do seu teor. Após o término do mês em que foram recebidos, os respectivos cards são baixados e enviados para lista de demandas concluídas pelo(a) assistente da diretoria.



d) Caso os ofícios tenham demanda de natureza jurídica, geralmente, é a própria equipe jurídica que, após, após recebê-los pela Plataforma e coletar com as pessoas envolvidas todas as informações e documentos relacionados, elabora a resposta, assina e envia diretamente ao órgão requisitante, encaminhando posteriormente o ofício assinado e o comprovante de protocolo ao(à) assistente da diretoria para os trâmites de baixa do card e o seu envio para lista de demandas concluídas.

e) Os ofícios que, após concluídos, tem desdobramento são tratados nos mesmos cards que foram movidos para lista de demandas concluídas, sendo os mesmos desarquivados e dispostos na lista de demandas pendentes do mês correspondente.

Oficios Enviados (Originários do IMED)

Os ofícios originários do IMED são aqueles utilizados para solicitar investimentos, informações e/ou documentos aos órgãos públicos ou privados, bem como para dar ciência aos mesmos acerca de determinado assunto, tudo com vistas ao gerenciamento pleno e eficaz da Unidade de Saúde.

A seu turno, após toda a fase preparatória interna e retenção de um número de ofício em card próprio da Plataforma, são elaborados pelo responsável da área pertinente ao tema e inseridos na Plataforma com todas as informações e/ou documentos correspondentes para análise, aprovação e revisão jurídica e técnica (se aplicável).



Analisados, aprovados e revisados, seguem o mesmo fluxo dos ofícios recebidos (item "2" retro).

FLUXOGRAMA


OFÍCIOS RECEBIDOS
RECEBIMENTO
DIGITALIZAÇÃO
PASTA INTERNA
CARD DA DEMANDA
RESPONSÁVEIS
OFÍCIO RESPOSTA
CARD DA DEMANDA
EQUIPE JURÍDICA
ANÁLISE E REVISÃO
VERSÃO FINAL
CARD DA DEMANDA
ASSINATURA DA DIREÇÃO DA UNIDADE
PROTOCOLO
COMPROVANTE DE PROTOCOLO
CARD DA DEMANDA
DEMANDAS CONCLUÍDAS


OFÍCIOS ENVIADOS
PREPARAÇÃO
NUMERAÇÃO
CARD DA DEMANDA
RESPONSÁVEIS
EQUIPE JURÍDICA
ANÁLISE E REVISÃO
VERSÃO FINAL
CARD DA DEMANDA
ASSINATURA DA DIREÇÃO DA UNIDADE
PROTOCOLO
COMPROVANTE DE PROTOCOLO
CARD DA DEMANDA
DEMANDAS CONCLUÍDAS

1.1.1.3 - Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas

A - Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

A Central de Materiais Esterilizados (CME) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa** está localizada no piso Térreo da unidade e servirá como um serviço de apoio técnico para as demais áreas de prestação da assistência da unidade.

A RDC Nº 15, de 15 de março de 2012, da ANVISA, define a CME como uma "unidade funcional destinada ao processamento de produtos para a saúde dos serviços de saúde".

Organização dos serviços de esterilização

O Ministério da Saúde define a CME como um "conjunto de elementos destinados à recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e distribuição do material não caracterizado como de uso único para as unidades de estabelecimento de saúde".

Caracteriza-se por um setor de apoio técnico e, dentro da cadeia de operação de uma instituição de saúde, sendo um dos setores responsáveis pela atividade do processo assistencial, neste caso, fornecendo produtos reprocessados para realizar procedimentos técnicos operacionais e assistenciais com garantia de esterilização e desinfecção de alto nível.

Suas ações se iniciam com o processo de recepção, conferência, esterilização e armazenamento do material/instrumental que serão utilizados para a realização dos procedimentos que requeiram instrumentais estéreis. O processo tem sua inicialização com recepção do material "sujo/contaminado" e posterior desinfecção e armazenamento.

No caso da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Norte Formosa, por se tratar de uma unidade ambulatorial que realizará procedimentos de baixa complexidade voltado principalmente para atendimento ambulatorial de toda comunidade caracterizando sempre procedimentos invasivos de pequena especificidade, os itens relacionados no escopo dos serviços serão os itens esterilizáveis de uso diário no âmbito de um serviço de emergência de alta complexidade e com demanda espontânea.

No âmbito de uma instituição de saúde, a CME desenvolve as seguintes atividades:

- Recebimento, inspeção e processamento dos instrumentais com utilização de lavadoras termo-desinfectoras;
- Processamento termo resistente e termo sensível;
- Sistema de entrega na Central de Materiais;
- Montagem e preparo das caixas de suturas e pequenas cirurgias;
- Preparo de materiais respiratórios;
- Gestão do sistema de entrega e controle dos materiais;
- Arsenal.

Do ponto de vista do método de esterilização, deverá ser considerado o método de esterilização ideal para cada material ou equipamento, assim definido no quadro abaixo:

Métodos físicos	Vapor saturado/autoclaves
	Calor seco
Métodos químicos	Glutaraldeído
	Formaldeído
	Ácido peracético

Métodos físico-químicos	Esterilizadoras a Óxido de Etileno (ETO)
	Plasma de Peróxido de Hidrogênio
	Plasma de gases (vapor de ácido peracético e peróxido de hidrogênio; oxigênio, hidrogênio e gás argônio)
	Vapor de Formaldeído

Diretrizes técnicas

Os serviços serão executados de acordo com o Manual Operacional a ser elaborado posteriormente pelas Comissões competentes, que deve se pautar por normas ditadas pela Vigilância Sanitária e outras complementares definidas pela Comissão Controle de Infecção Relacionado a Assistência à Saúde - CCIRAS da Unidade. Deve, ainda, atender as especificações dos fabricantes de equipamentos e materiais já existentes na Unidade de saúde.

Os serviços poderão ser executados nas 12 horas do dia, de segunda a sexta, em observância à demanda dos itens e sua respectiva disponibilidade para a prestação dos serviços de assistência ou de acordo com a demanda da unidade de saúde.

Os trabalhos deverão ser executados de forma a garantir os melhores resultados, devendo aperfeiçoar a gestão de seus recursos - humanos e materiais, com vistas ao aprimoramento e manutenção da qualidade dos serviços.

Os materiais utilizados deverão ter registro na ANVISA e devem ser aprovados pela CCIRAS.

Os funcionários deverão atentar para:

- Proceder a limpeza e/ou desinfecção do material utilizado, conforme rotina técnica pela CCIRAS;

- Manter o material limpo, agrupado por espécie e protegido em caixa plástica, ou inox com tampa, devidamente identificado;

- Zelar pela integridade e conservação do material.

- Toda a equipe deverá receber capacitação sobre os seguintes temas:

- Classificação de produtos para saúde;

- Conceitos básicos de microbiologia;

- Transporte dos produtos contaminados;

- Processo de limpeza, desinfecção, preparo, inspeção, acondicionamento, embalagens, esterilização, funcionamento dos equipamentos existentes;

- Monitoramento de processos por indicadores químicos, biológicos e físicos;

- Rastreabilidade, armazenamento e distribuição dos produtos para saúde;

- Manutenção da esterilidade do produto;

- Prevenção de infecção relacionada à assistência;

- Segurança do paciente;

- Higiene das mãos,

- Uso correto dos uniformes de área restrita;

- Uso corretos dos produtos químicos;

- Noções de manutenção preventiva, calibração e qualificação dos equipamentos envolvidos.

Operacionalização dos serviços

A programação, execução e supervisão dos processos de trabalho na CME serão desenvolvidas por profissionais habilitados e de comprovada capacitação nas atividades de esterilização, com liderança e supervisão de enfermeiros especializados, ou outro profissional de nível superior habilitado para tal função, além de buscarem orientação e amparos da CCIRAS.

Na busca das Boas Práticas Ambientais será elaborado e mantido um programa interno de treinamento para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, conforme orientação e coordenação do setor especializado.

Para a execução do reprocessamento de artigos serão consideradas a classificação dos artigos e o método de reprocessamento, indicado pela ANVISA e demais órgãos reguladores.

Quanto a guarda e distribuição de materiais a cada uma delas compete uma série de obrigações.

As embalagens a serem utilizados deverão ser aprovadas pela CCIA devendo fazer parte da validação dos processos.

Descrição das áreas do CME e suas atribuições

A CME é dividida minimamente em três áreas separadas por barreira física. São elas:

1. **Área suja/expurgo**: destinada ao recebimento e separação dos materiais sujos advindo das unidades assistenciais. Local onde é realizado o processo de limpeza, desinfecção e secagem dos instrumentais. Deve ser de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais da saúde deverão trabalhar paramentados com gorro, máscara, luva de borracha cano longo, avental de brim manga longa, avental impermeável, óculos de proteção e sapato fechado.

2. **Área limpa/área de preparo**: local destinado aos processos de separação dos instrumentais, conferência da limpeza, funcionalidade e integridade dos artigos, assim como empacotamento, selagem das embalagens e esterilização. Local de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais deverão trabalhar paramentados com gorro, luva de procedimento e sapato fechado. É nesta área onde é dado início ao processo de esterilização nas autoclaves, termodesinfectora ou qualquer outro processo de esterilização, desde que este esteja previamente validade e aprovado pela CCIRAS e conforme instrução do fabricante. Devem ser observados os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves/termodessinfectadoras, assim como a realização dos testes de Bowie & Dick para as autoclaves de alto vácuo; caso o sistema de esterilização seja realizado através de AUTO CLAVE.

3. **Área estéril de guarda e distribuição de artigos esterilizados (arsenal):** local destinado à guarda dos instrumentais esterilizados e dispensação dos mesmos, com fluxo restrito de pessoas e a lavagem das mãos realizada rigorosamente para manipulação dos materiais esterilizados.

Dinâmica e fluxo unidirecional na central de materiais esterilizados

A dinâmica de trabalho na Central de Material Esterilizado (CME) deve possuir um fluxo contínuo e unidirecional de artigos, evitando o cruzamento de artigos sujos, com os limpos e esterilizados.

A dinâmica também deve impedir que o funcionário escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa, desta forma, deve haver

barreiras que garantam este impedimento, conforme ilustração dos fluxos abaixo.

PROPOSTA DE FLUXO GERAL – CENTRAL DE MATERIAIS ESTERILIZADOS



As diretrizes/normas de funcionamento das CMEs estão amparadas pela RDC N°15 da ANVISA de 15 de março de 2012.

Descrição dos fluxos para a central de materiais esterilizados

Para a descrição dos Fluxos para a Central de Material Esterilizado (CME) serão observadas as seguintes definições:

- **Limpeza**: É o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso da água, sabão, detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado de asseio os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana. A limpeza constitui ainda o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes.

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

- **Desinfecção**: É o processo físico ou químico de destruição de microrganismos, exceto os esporulados. A desinfecção é realizada por meio físico, através da água quente (60 a 90ºC) ou em ebulição e pelo meio químico, através de produtos denominados de desinfetantes.

- **Esterilização**: É o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A probabilidade de sobrevida do microrganismo no item submetido ao processo de esterilização é menor que um em um milhão (10/6). A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.

- **Artigos/materiais**: Compreendem instrumentos, objetos de natureza diversa, utensílios (comadres, papagaios e outros), acessórios de equipamentos entre outros.

Serão descritos a seguir os seguintes fluxos da CME:

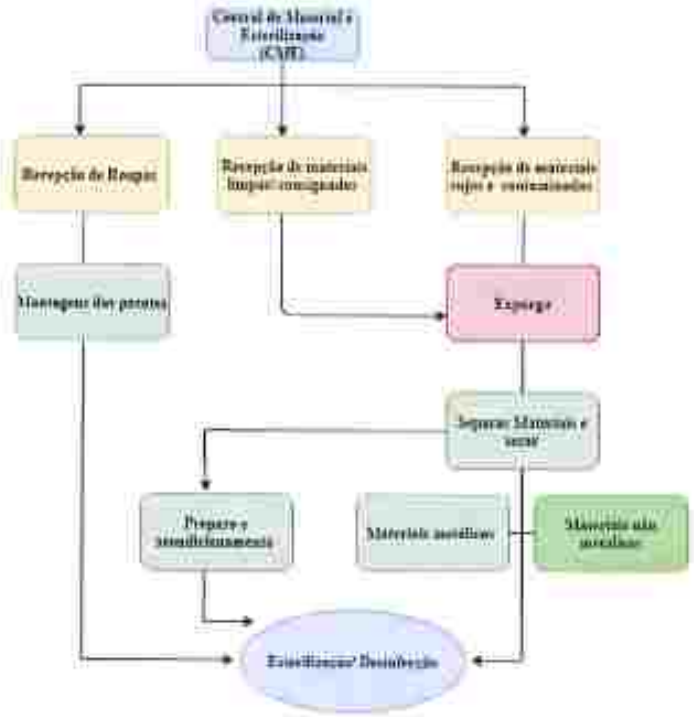
1 – Fluxo de Chegada de Materiais para a Desinfecção e Esterilização

2 – Fluxo de Entrega e o Processo de Desinfecção.

3 - Fluxograma Geral dos materiais.

4 – Fluxo do Processo de Armazenamento e Distribuição.

1. Fluxo de Chegada de Materiais para a Desinfecção e Esterilização na CME.



1.1 Descrição da chegada de materiais para a Desinfecção e Esterilização na CME.

1.1.1 Recebimento material sujo: CME recebe o material "sujo/contaminado" no expurgo das **ÁREAS ASSISTENCIAIS** e iniciar o processo de separação/Desmontagem dos materiais por tipo, método de esterilização, técnicas de esterilização especificas, secagem, se é metálico ou não e etc. Após os materiais estarem prontos, prosseguir com o inicio da **ESTERILIZAÇÃO/DESINFECÇÃO**.

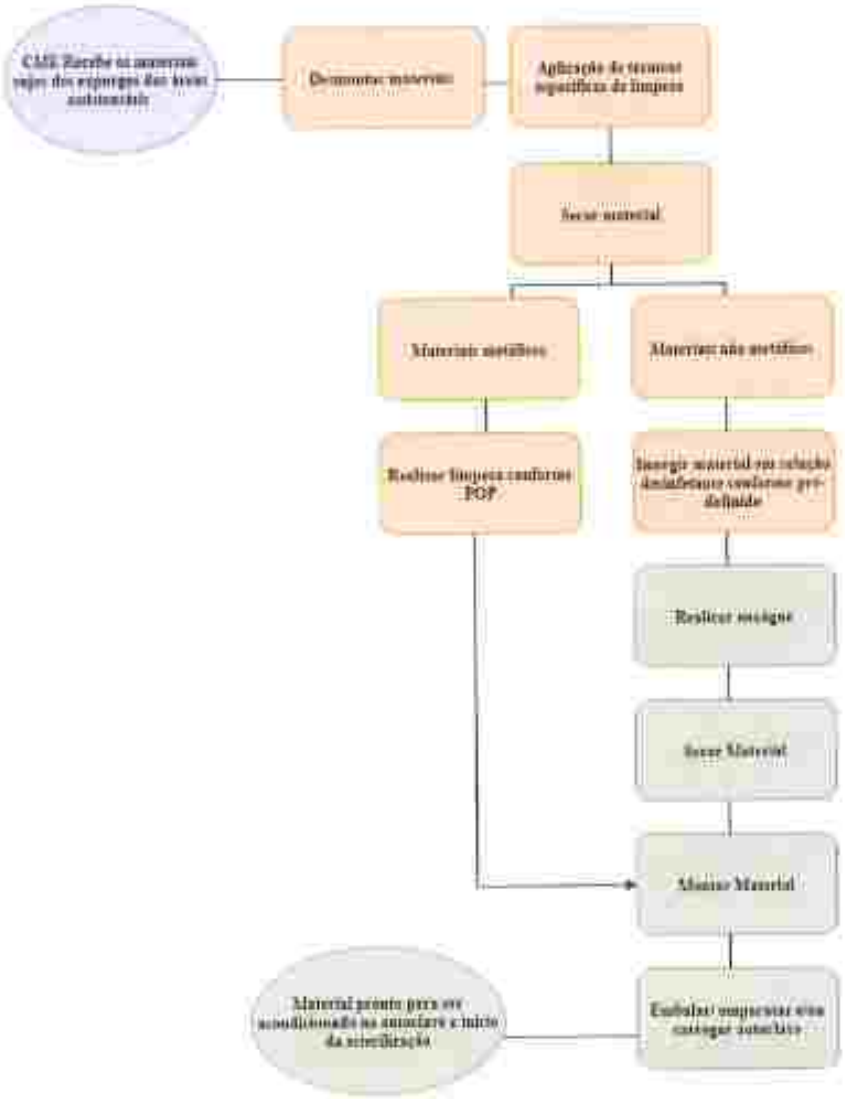
1.1.2 Recebimento de roupas: As roupas (campos, compressas e capotes) deverão ser recebidos pela CME e separadas conforme sua utilidade e tamanhos, observando se há presença de furos, rasgos ou manchas. Ao montar o pacote o colaborador deverá anexar a fita indicadora do processo de autoclave obedecendo sempre a técnica de dobradura.

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

1.1.3 Recebimento de materiais consignados: O material

consignado deverá 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 especificação técnica e indicação do processo de esterilização.

2 – Fluxo do Processo de Desinfecção – CME Área Suja



2.1 Descrição do Fluxo do Processo de Desinfecção: CME – Área Suja

2.1.2 ÁREA SUJA – CME: recebe o material "sujo/contaminado" das ÁREAS ASSISTENCIAIS e das providências, sendo:

Separação/Desmontagem dos materiais por tipo, método de esterilização, técnicas de esterilização especificas, secagem etc.

Artigos metálicos:

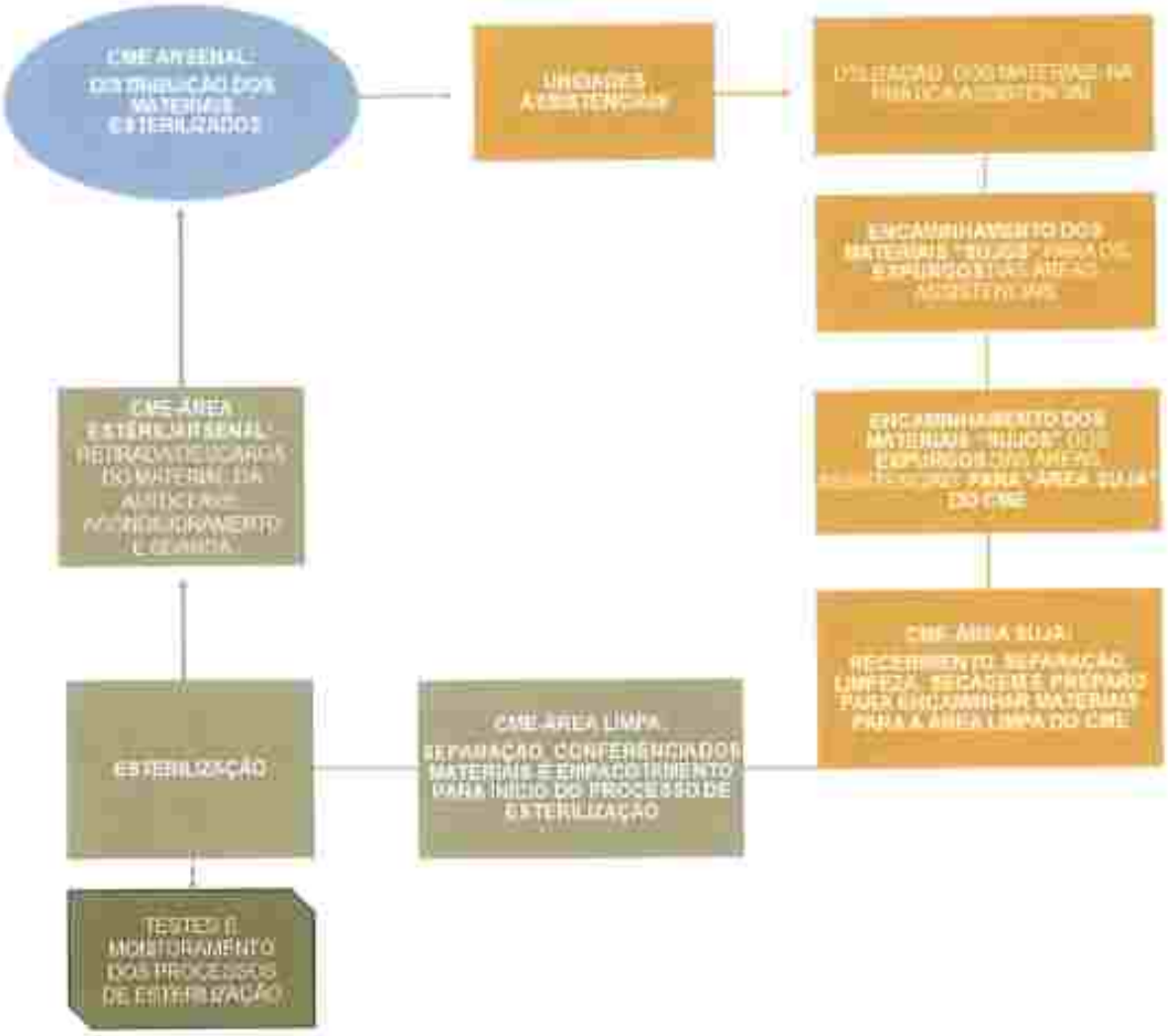
- Realizar limpeza conforme POP;
- Montagem das caixas conforme POP;
- Embalar/empacotar para processo de esterilização.
- Material não metálicos
- Realizar imersão do material em solução conforme POP;
- Emergir material, enxaguar e realizar secagem conforme POP;
- Montar material conforme POP;
- Embalar/empacotar para processo de esterilização.

Material(is) pronto(s) para ser(em) carregado(s) na Autoclave para ESTERILIZAÇÃO.

2.1.3 – INÍCIO DA ESTERILIZAÇÃO.

A partir desta fase, os materiais serão esterilizados nas Autoclaves da CME.

3 – Fluxograma Geral dos Materiais – CME – Unidades assistenciais.



3.1 Descrição do Fluxo Geral de Materiais: CME – Unidades Assistenciais.

3.1.1 CME – ARSENAL: No ARSENAL encontram-se armazenados os "Materiais Esterilizados" (kits de oxigenoterapia, kits de sutura, etc.) para uso diário na prática e apoio assistencial que são distribuídos para as "Unidades Assistenciais" da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa.

3.1.2 UNIDADES ASSISTENCIAIS: Neste locais os matérias esterilizados serão utilizados na prática assistencial conforme demanda e necessidade. Após utilização dos materiais, estes deverão ser recolhidos nos Expurgos das áreas assistenciais para posterior encaminhamento para a ÁREA SUJA do CME, em rotina a ser definida

posteriormente junto a CCIRAS e Coordenações.

3.1.3 ÁREA SUJA – CME: Recebe o material "sujo/contaminado" das UNIDADES ASSISTENCIAIS e da providências, sendo:

- Separação/Desmontagem dos materiais por tipo, método de esterilização, etc;
- Realização da limpeza e secagem do material;
- Pré-preparo do material para ÁREA LIMPA – CME;
- Encaminhamento do material para ÁREA LIMPA para dar início à ESTERILIZAÇÃO.

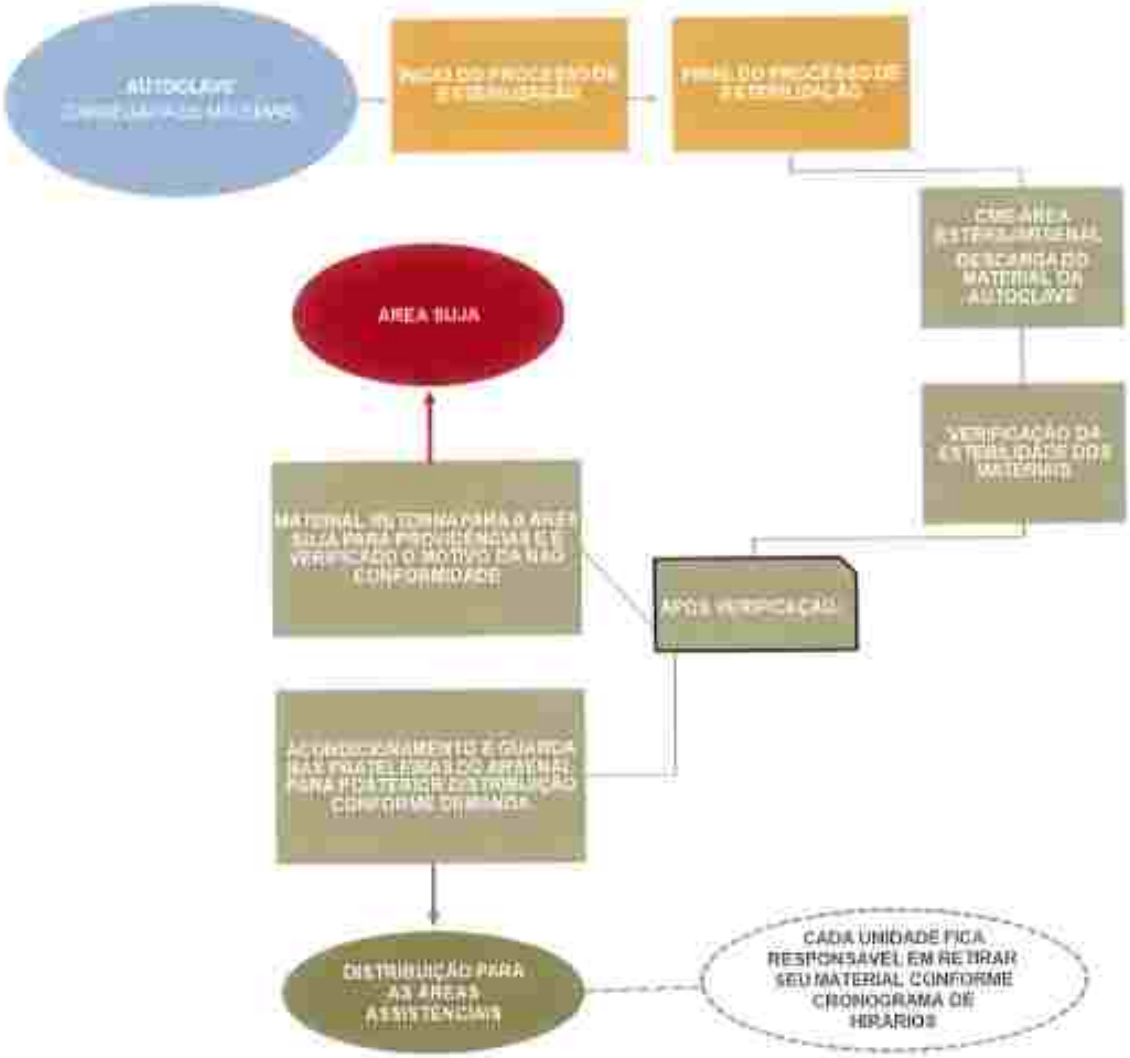
3.1.4 CME – ÁREA LIMPA: Recebe o material da ÁREA SUJA e dá providências, sendo:

- Conferência do material limpo pela ÁREA SUJA. Caso seja verificado qualquer anomalia ou inconformidade em relação ao processo de limpeza prévia, o material será devolvido para a ÁREA SUJA para providências;
- Separação do material de acordo com processo de desinfecção (autoclave ou termodessinfectadora);
- Empacotamento e/ou selagem dos materiais;
- Carregamento da autoclave ou termodesinfectadora.

3.1.5 ESTERILIZAÇÃO: Início do processo de Esterilização.

3.1.6 ÁREA ESTÉRIL/ARSENAL: É nesta etapa que autoclave será descarregada e os materiais serão armazenados no ARSENAL da CME e prontos novamente para distribuição e pronto uso novamente.

4 – Fluxo do Processo de Descarga da Autoclave e Armazenamento dos Materiais no Arsenal- Área Limpa



4.1 Descrição do Fluxo do Processo de Descarga da Autoclave e Armazenamento dos Materiais no Arsenal- Área Limpa

4.1.1. CME – ÁREA LIMPA - Autoclave Carregada: é dado início ao processo de ESTERILIZAÇÃO.

4.1.2 Final do processo de esterilização.

4.1.3 Os materiais serão descarregados das Autoclaves.

4.1.4 Verificação da esterilidade dos materiais:

- 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.

- Se a carga for liberada antes dos resultados do indicador biológico e posteriormente, esse indicar falha no processo, todos os materiais desde a última carga deverão ser recolhidos e considerados não estéreis.

- Se não for observado qualquer não-conformidade em relação às etapas do processo de esterilização, os materiais serão armazenados no **ARSENAL** e estarão prontos para serem distribuídos para as demais ÁREAS ASSISTENCIAIS de acordo com demanda e solicitação.

B - Fluxo unidirecional para roupas (lavanderia)

A lavanderia constitui-se em um serviço importante e contribui indiretamente para o cuidado em saúde. É responsável pelo processamento e distribuição do enxoval em perfeitas condições de higiene, conservação e quantidade, sendo a roupa limpa indispensável ao funcionamento eficiente de uma instituição. Todos os setores da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa, são dependentes do adequado funcionamento da lavanderia, uma vez que ela auxilia no controle das infecções hospitalares, na segurança e no conforto dos pacientes.

A necessidade de se garantir o correto processamento das roupas e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação às áreas fins, barrando dessa forma focos de infecção hospitalar, faz da lavanderia um dos principais serviços de apoio ao atendimento dos pacientes. O processamento das roupas da unidade abrange todas as etapas pelas quais as roupas passam, desde sua utilização até seu retorno em ideais condições de reuso.

O Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde: Prevenção e Controle de Risco (2009) realizou a alteração na nomenclatura "Lavanderia Hospitalar" para "Unidade de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde", tendo em vista que tanto o ambulatório quanto os demais serviços que utilizam algum tipo de roupa ou têxtil na assistência à saúde necessitam submetê-las ao processamento especializado e com profissionais capacitados, sendo, portanto, normatizado pelo referido instrumento.

Unidade de processamento de roupas da Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa

A Unidade de processamento de roupas da Policlínica Estadual do Entorno-Formosa, está localizada no pavimento térreo, a fim de facilitar o transporte e circulação da roupa, bem como a demanda quanto ao tempo e localização, além de ser programado o distanciamento das unidades a fim de evitar ruídos, vibrações, odores, calor, risco de contaminação, localização dos equipamentos e para possível e futura expansão local.

O formato da lavanderia da Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa, possibilita um fluxo racional de trabalho de processamento de roupa, seguindo um fluxo progressivo, como em uma linha de montagem industrial, evitando cruzamento de circulações das atividades.

Conforme RDC/Anvisa n. 50/02, para cada atividade existe um ambiente correspondente a sua execução. Esses ambientes encontram-se principalmente em dois setores: Área "suja" e "limpa". Na definição do dimensionamento dos ambientes devem ser consideradas a quantidade de trabalhadores e de equipamentos da unidade.

A seguir estão relacionados os ambientes necessários em uma unidade de processamento de roupas de serviços de saúde, conforme a RDC/Anvisa n. 50/021.

a) Área suja

É a área, na unidade de processamento de roupas de recebimento, separação, pesagem e lavagem das roupas. Podemos dizer que se trata de uma espécie de "central de microrganismos", está área se caracteriza-se por apresentar: mau odor; risco de contaminação e fadiga. Esta área deve ser absolutamente separada do restante da lavanderia por meio de parede até o teto (barreira de contaminação) para evitar a dispersão dos microrganismos pelas áreas limpas, o que levaria a recontaminação da roupa.

Deve ter sanitários, vestiários e chuveiros próprios para quem trabalha no local, a fim de evitar a circulação desses funcionários por outras dependências. O funcionário deste setor deve usar uniforme completo: gorro, máscara, avental (fechado na frente com mangas fechadas no punho), botas e luvas. O uso deste uniforme de defesa é a maneira mais segura de evitar contaminação do próprio funcionário. Ao sair desta área, deverá tomar banho e vestir roupa pessoal ou outro uniforme comum, caso tenha que ir até outras áreas da lavanderia. Por ser inadmissível o trânsito em outras dependências sem os cuidados acima, é necessário que exista, no interior desta área, um local destinado a depósito de produtos de lavagem. Esta área deve ter pressão negativa, ou seja, deve receber corrente de ar e não difundir o ar contaminado para outros setores.

b) Área Limpa

Área Limpa Molhada

Nela ficam localizadas as máquinas lavadoras (apenas as portas de acesso para saída da roupa lavada), e as extratoras ou centrífugas. É a área de trabalho mais pesada da lavanderia, uma vez que a roupa é retirada ainda molhada da máquina, o que torna o peso, cerca de três vezes maior que a roupa seca. Tem como característica a umidade e o ruído.

O piso deve ser gradeado próximo às máquinas para evitar a presença de água no chão, pois haveria risco maior de acidente e de insalubridade.

Área Limpa Seca

Nesta área ficam as secadoras e calandras. As roupas são secas, passadas, dobradas e encaminhadas à rouparia. Durante a dobragem, as roupas que necessitam de reparos devem ser separadas para serem encaminhadas para o setor de costura. Esta área tem como característica principal a presença de calor.

c) Rouparia

Nesta área ficam estantes para a roupa limpa. Deve ter também, armários fechados para armazenar as roupas de inverno, tipo cobertores, nos períodos de inverno.

d) Área de costura

Na Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa, não tem

área especifica para esses fins, sendo a mesma terceirizada.

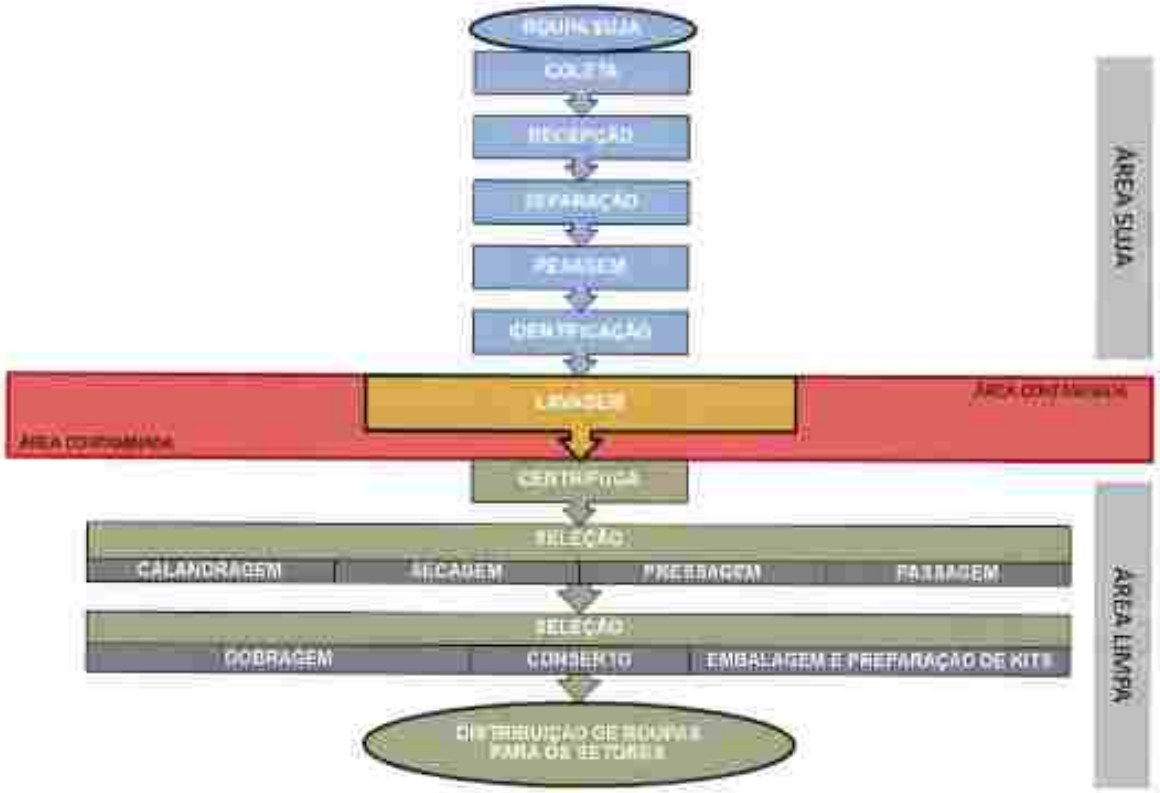
1. Fluxo do processamento de roupas

As roupas hospitalares representam todo e qualquer tecido utilizado dentro do ambiente hospitalar que necessita passar por um processo de lavagem e secagem para sua reutilização. As roupas incluem, dentre outros: lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, roupas de pacientes e de profissionais, compressas, campos cirúrgicos, aventais, gorros e panos de limpeza. Com esses exemplos, percebe-se a grande variedade de material de diversas origens e diferentes utilizações, compreendendo sujidades e contaminações das roupas utilizadas dentro dos hospitais.

A Unidade de processamento de roupas da Policlínica Regional de Formosa, é uma instituição considerada um setor de apoio que a finalidade de coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todos os setores e sub-unidades de um serviço de saúde.

O processamento das roupas de unidades de saúde deverá abranger todas as etapas pelas quais as roupas passam, desde sua utilização até seu retorno abrangendo as seguintes atividades:

1.1 Diagrama do fluxo unidirecional de roupas



O fluxo de roupas deve ser determinado de forma cuidadosa para que não ocorra cruzamento entre roupa suja e roupa limpa, evitando contaminações. Além deste importante resultado, o fluxo adequado também contribuirá com a racionalização do tempo, equipamento, recursos humanos e ocupação da área de circulação, resultando em melhor funcionalidade do serviço.

O planejamento e as rotinas da lavanderia devem seguir os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e basear-se nas padronizações constantes. As diretrizes/normas de funcionamento das Lavanderias e Processamento de Roupas em unidade de saúde estão amparadas pelo "Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde Prevenção e controle de riscos – ANVISA/2009" e pelo "Manual de Lavanderia Hospitalar - Ministério da Saúde/1986"

Qualquer que seja a dimensão e a capacidade, a lavanderia deverá ser planejada, instalada, organizada e controlada com o mesmo rigor dispensado às demais dependências.

2. Fluxo de produção da lavanderia

2.1 Fluxo unidirecional para coleta de roupas suja:

A coleta de roupas é considerada o início de todo o processamento de lavagem e e de extrema importância, sempre deverá acontecer em horários pré-estabelecidos, contribuindo para agilizar a rotina de retirada das roupas sujas das unidades, devendo permanecer o menor tempo possível dentro evitando a proliferação de microrganismos.

A seleção das roupas se inicia no momento da coleta, para escolha do método de lavagem adequado. Os hampers devem serem identificados quanto ao tipo de roupa: lençóis/cobertores, roupas infectadas ou roupas privativas, além da unidade de origem. Já os sacos plásticos são de uso único e sugere-se que possuam cor diferente dos sacos de resíduos de serviços de saúde, evitando-se com isso confusão, troca dos sacos e o seu destino errado, outros cuidados com o acondicionamento da roupa devem incluir: fechar os sacos adequadamente de forma a impedir a sua abertura durante o transporte, não exceder ¾ da sua capacidade e armazená-los em local destinado para esse fim, que, segundo a RDC/Anvisa 50/02, pode ser a sala de utilidades.

Durante a operação de coleta, o servidor deve usar luvas de borracha, máscara, gorros, avental e sapatos fechados e os carros utilizados na remoção dos sacos de roupa suja nunca devem ser utilizados para transporte de roupa limpa. Igualmente, deve-se evitar o cruzamento da roupa suja com a limpa. confeccionado de material que permita o uso. Os carros utilizados para o recolhimento e transporte da roupa devem ser diariamente higienizados com produtos químicos para sua limpeza e desinfecção. Além disso, precisa estar nitidamente identificado a fim de evitar que seja confundido com o carro de transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

2.2. Diagrama do fluxo unidirecional de coleta de roupas sujas:



2.3 Processos de lavagem de roupas sujas e funções:

2.3.1 Recepção – Terminada a coleta nas unidades, a roupa suja é transportada à recepção do setor de roupa suja, para o processamento no âmbito de lavanderia. Na área de recepção, a roupa é retirada do carro de coleta, para ser separada e pesada, sendo registrado em impresso próprio.

A separação é indispensável que todas as peças de roupa sejam cuidadosamente abertas, para a retirada de qualquer objeto que porventura tenha sido deixado nas roupas. Desta forma, evitam-se que elementos estranhos entrem no processo de lavagem, causando danos às máquinas e ao próprio processo. Até o seu manuseio as roupas sujas devem permanecer sobre estrados de polietileno e não no chão.

Os EPIs são os mesmos indicados para a coleta, acrescidos de óculos de proteção.

2.3.2 Separação - Na área de separação os sacos de roupa suja são pesados e o resultado do peso é registrado em impresso próprio, para o controle de custos das diversas unidades. Este registro servirá de indicador de consumo de roupa produzida pela unidade/setor demandante.

A boa lavagem começa na separação da roupa suja, quando será classificada segundo o grau de sujidade, tipo de tecido e cor com a finalidade de agrupar a roupa que pode ser lavada em conjunto e agrupar a roupa que terá o mesmo acabamento.

Na separação é indispensável que todas as peças de roupa sejam cuidadosamente abertas para a retirada de eventuais peças não pertencentes ao enxoval (carimbos, canetas, impressos e outros objetos), visando evitar que estes elementos entrem no processo de lavagem, causando danos às máquinas e ao próprio processo.

Durante a separação, a roupa é agrupada em lotes ou fardos correspondentes a uma fração da capacidade da máquina, em geral 80% de sua capacidade de lavagem. 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.

2.4 Parâmetros para classificação da roupa suja:

2.4.1 Grau de sujidade

- Sujidade pesada – roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades proteicas;
- Sujidade leve – roupa sem presença de fluidos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos.

2.4.2 Coloração da roupa

A classificação por cor tem o objetivo de evitar manchas. Sugere-se a seguinte divisão:

- Roupa branca e cores claras;
- Roupa de cores firmes;
- Roupa de cores desbotáveis.

2.4.3 Tipo de Fibra Têxtil

O processo de lavagem não é o mesmo para todos os tipos de tecido, variando conforme sua origem e composição. Portanto, deve-se considerar o tipo de tecido ao classificar a roupa.

2.4.4 Tecido, Formato, Tamanho e/ou Tipo de Peça

Esse tipo de classificação, além de determinar o processo de lavagem a ser escolhido, facilita o trabalho na área limpa e no setor de acabamento. As roupas podem ser classificadas como:

- Lisas: lençóis, fronhas, colchas etc.;
- Tecidos felpudos: toalhas, roupões etc.;
- Roupas cirúrgicas: campos operatórios, aventais etc.;
- Uniformes e paramentos: camisas, camisolas, calças, pijamas etc.;
- Roupas especiais: cobertores etc.;
- Absorventes: compressas cirúrgicas, fraldas etc.

Peças pequenas podem ser colocadas em sacos de lavagem específicos para o processamento.

2.4.5 Pesagem - Após separação, já em lotes, fardos ou sacos identificados, a roupa é novamente pesada, em balança bem nivelada, para controle contábil operacional da lavanderia e da capacidade das lavadoras.

A pesagem das roupas é indispensável para indicar a carga correta

das lavadoras, o peso da roupa recebida de cada unidade para a contabilidade de custos e facilitar a determinação das fórmulas mais adequadas de lavagem. Após a pesagem, os fardos ou sacos de roupa identificados devem ser levados até à(s) lavadora(s), onde todo o material necessário para a lavagem deve ser colocado à mão, para evitar desperdício de tempo e de energia.

2.4.6 Lavagem - É o processo que consiste na eliminação da sujeira fixada na roupa, deixando-a com aspecto e cheiro agradáveis, nível bacteriológico reduzido ao mínimo e confortável para o uso. O processo de lavagem compreende:

2.5 Processos pós de lavagem de roupas sujas e funções (ÁREA LIMPA):

2.5.1 Centrifugagem – Área responsável pela centrifugagem das roupas, pós processo de lavagem. A carga da centrífuga deve ser distribuída uniformemente dentro do tambor, 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 estrago rápido do equipamento e da roupa, por torção ou repuxo. A carga de roupa na centrífuga deverá ser coberta com um pano resistente, tipo lona, antes de se colocar a tampa, para melhor vedação e acondicionamento.

Na centrifugagem, em geral, pela eliminação da água, se reduz 60% do peso da roupa. Terminada a centrifugagem a roupa é retirada, selecionada, colocada em carrinho e encaminhada à secagem ou tratamento adequado a cada tipo.

2.5.2 Seleção - Na separação, consideram-se os seguintes aspectos: tipo de tecido (liso, felpudo, seda, algodão, poliéster e lã); tipo de roupa (lençóis, toalhas, campos, roupa de vestir, incluindo uniformes e outros); qualidade de limpeza (manchas, resíduos de produtos e outros).

2.5.3 Secagem - A secagem é a operação que visa retirar a umidade das roupas que não podem ser calandradas, como uniformes de centro cirúrgico, toalhas, cobertores e roupas de tecido felpudo. A roupa destinada à secadora é colocada em carrinho ou cesto próprio, e são secadas na secadora, depois de secas, as roupas são retiradas da secadora e colocadas em carros-cestos apropriados, sendo selecionada, dobrada e encaminhada à rouparia para repouso. As outras peças do enxoval que se destinam à calandra devem ser abertas e colocadas em mesa-carrinho para facilitar a sua operação. A roupa selecionada é distribuída para secagem na seguinte proporção: 70% para calandragem, 25% para a secadora e 5% para a prensagem ou passagem a ferro. A secadora necessita de várias limpezas diárias para impedir o acúmulo de felpas.

2.5.4 Calandragem - É a operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa (lençóis, colchas leves e campos). Após aquecimento, a calandra deve ser operada continuamente, em determinado período, para evitar desperdício de energia.

São necessários dois operadores para colocar a roupa molhada e dois para retirar e dobrar a roupa seca ao mesmo tempo. Ao se retirar a roupa, faz-se uma seleção das peças danificadas, que deverão ser encaminhadas à costura para reparo ou baixa.

Na seleção, a roupa danificada vai para a costureira para conserto ou baixa. Se realizado o seu conserto, a peça retorna ao início do processo para relavagem. É recomendável a utilização de estrados, na área de alimentação da calandra, para evitar que lençóis e outras peças grandes entrem em contato com o piso e sejam contaminados.

2.5.5. Prensagem - Uniformes e outras peças não passíveis de serem colocadas em calandra ou que tenham detalhes como pregueado e vincos são passadas na prensa. Após a prensagem, são devidamente guardadas na rouparia, de preferência em porta-cabides rolantes.

2.5.6 Passagem a ferro e dobragem - Nesta área devem ser previstas mesas e bancadas para manuseio das peças de roupa ou máquinas de dobragem. Também deve ser previsto um espaço para o estacionamento de carros de transporte que levarão a roupa para a área de armazenagem. Usada apenas eventualmente ou para melhorar o acabamento da roupa pessoal. Seu uso é pouco econômico, sob o ponto de vista de gasto de tempo, energia elétrica e física.

2.5.7 Área de costura: Área para confecção e reparos das roupas que necessitam de conserto, onde estão instaladas máquinas de costura e mesas de corte. Devem ser previstos armários ou estantes para armazenagem das roupas a serem consertadas e daquelas já reparadas.

2.5.8 Guarda e distribuição – Nesta etapa, consideram-se que as peças do enxoval estão prontas para serem distribuídas para uso

2.6 Fluxo unidirecional para distribuição de roupas limpas

Durante a atividade de distribuição de roupa limpa deverá ser utilizado uniforme de cor diferente do uniforme usado para a coleta. A coleta deverá ser feita com a utilização de carrinhos tipo contêiner com tampa, lavável, com dreno para eliminação de líquidos e

devidamente identificado, os quais NÃO devem servir à distribuição de roupas limpas;

A coleta de roupas sujas, bem como a distribuição de roupas limpas até os setores finais será feita pelos funcionários devidamente treinados para este fim.



Regulamentações

As normas abaixo deverão ser atendidas quanto ao serviço em questão:

- Portaria GM/MS Nº 3.523, de 28 de agosto de 1998: Aprova o regulamento técnico contendo medidas básicas aos procedimentos de verificação visual do estado de limpeza, remoção de sujidades por métodos físicos e manutenção do estado de integridade e eficiência de todos os componentes dos sistemas de climatização, para garantir a qualidade do ar de interiores e prevenção de riscos à saúde dos ocupantes de ambientes climatizados;

- Portaria Nº 393, de 15 de maio de 1998: Estabelece os métodos para determinação da biodegradabilidade de tenso ativos aniônicos com validade em todo território nacional. Revoga a Portaria SVS Nº 120, de 24 de novembro de 1995, e dá outras providências;

- RDC Nº 189, de 18 de julho de 2003: Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimento de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 21 de julho;

- NR-5: Dispõe sobre a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e tem como objetivo a prevenção de acidentes e as doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador (BRASIL, 1978 – NR 5). De acordo com essa NR, a unidade de processamento de roupas que possuir acima de vinte trabalhadores deve constituir a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

- NR-17: Visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho características psicofisiológicas dos trabalhadores, cabe ao empregador realizar a análise ergonômica do trabalho conforme NR-17 (BRASIL, 1978 – NR-17);

1.1.1.4 – Fluxo unidirecional de resíduos de serviço de saúde

Os serviços de saúde são os responsáveis pelo correto gerenciamento de todos os Resíduos de Saúde por eles gerados e devem atender às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até a sua destinação final.

A gestão compreende as ações referentes às tomadas de decisões nos aspectos administrativo, operacional, financeiro, social e ambiental e tem no planejamento integrado um importante instrumento no gerenciamento de resíduos em todas as 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.

A Lei Federal Nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos é o marco legal que aborda o tema sobre a Logística Reversa dos materiais médicos e insumos hospitalares.

As etapas que envolvem desde a produção, segregação e o acompanhamento do descarte correto dos Resíduos dos Serviços de Saúde – RSS permite reduzir o volume de resíduos perigosos e a incidência de acidentes ocupacionais dentre outros benefícios à saúde pública e ao meio ambiente.

Para a correta execução de cada etapa deste processo se faz necessário a definição de um **FLUXO UNIDIRECIONA**L, 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 em um **Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde – PGRSS.**

O **PGRSS** é um documento que descreve um conjunto de procedimentos que devem ser adotados pelas unidades de saúde com o objetivo de diminuir ou eliminar a produção de resíduos produzidos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores e a preservação da saúde pública e do meio ambiente.

O PGRSS tem como objetivo maior o estabelecimento de diretrizes que visam o cumprimento das legislações ambientais vigentes que tem o papel de responder para as inspeções da ANVISA e Secretarias do Meio Ambiente e Vigilância Sanitária. Para a elaboração e exercício da função de responsável pelo PGRSS deve-se designar profissional, com registro ativo junto ao seu Conselho de Classe, com apresentação de Anotação de

Responsabilidade Técnica – ART, ou Certificado de Responsabilidade Técnica ou documento similar, quando couber.

Além de obedecer a RDC 222/ANVISA, de 29/03/2018 (em substituição à RDC 306 de 2004), a instituição de saúde geradora de resíduo, como responsável por seu resíduo (da geração à destinação final), tem estes procedimentos para facilitar a proteção e identificação de problemas da saúde (colaborador, usuário, fornecedor e do meio ambiente) através da correta gestão dos resíduos gerados no serviço, também conhecidos por Resíduos de Serviços de Saúde – RSS.

Tipos de resíduos sólidos hospitalares gerados em uma instituição de saúde

Resíduos do grupo A – infectantes, presença de material biológico

- Resíduos com possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção;
- 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.

Os Resíduos do Grupo A são subdivididos em 5 subgrupos:

A1: Resíduos com suspeita ou certeza de contaminação biológica, por exemplo:

- Culturas e estoques de micro-organismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os medicamentos hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos, atenuados ou inativados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética;
- Resíduos resultantes da atividade de ensino e pesquisa ou atenção à saúde de indivíduos, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4,

microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido;

- Bolsas transfusionais contendo até 50 ml de resíduo de 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.

A2: Resíduo não gerado na unidade.

A3: 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 sido requisitado pelo paciente ou seus familiares.

A4: 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, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes classe de risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com prions. 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), incluindo a placenta, e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica. Bolsas transfusionais de sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta;

A5: Resíduo não gerado na unidade.

Resíduos do grupo B

Resíduos contendo produtos químicos que apresentam periculosidade à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade, mutagenicidade e quantidade.

Produtos farmacêuticos, quimioterápicos antineoplásicos.

Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfetantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.

Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).

Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas.

Demais produtos considerados perigosos: tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos.

Resíduos do grupo C: Resíduo não gerado na unidade.

Resíduos do grupo D: lixo comum, sem risco biológico

- Sobras de alimentos e do preparo de alimentos;
- Resto alimentar de refeitório;
- Resíduos provenientes das áreas administrativas;
- Resíduos de varrição, flores, podas e jardins;
- Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde;
- Resíduos recicláveis sem contaminação biológica, química e radiológica associada.

Resíduos do grupo E – materiais perfurocortantes

Resíduos como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

Simbologia dos resíduos de saúde

Símbolos de identificação dos grupos de resíduos	
Os resíduos do grupo A são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.	
Os resíduos do grupo B são identificados através do símbolo de risco associado e uma discriminação de substância química e frases de risco.	
Os rejeitos do grupo C são acondicionados pelo período correspondente de proteção de radiação emitida (Critério de cor exigido) em recipientes de fundo branco e contornos pretos, acrescido do símbolo MATERIAL RADIOATIVO.	
Os resíduos do grupo D podem ser destinados à reciclagem ou à reutilização. Durante atividade e reciclagem, sua identificação deve ser feita em recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes usando código de cores e suas correspondentes nomenclaturas, baseadas na Resolução CONAMA nº 275/01, e símbolos de tipo de material reciclável. Para os demais resíduos do grupo D deve ser utilizado o cor-laranja ou parte nos recipientes. Pode ser seguido de cor determinada pela Vigilância Caso não exista processo de segregação para reciclagem, não há exigência para a padronização de cor destes recipientes.	
Os resíduos do grupo E são identificados com símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.	

Fonte: RDC 222 - ANVISA

Rejeitos líquidos hospitalares

O lançamento de rejeitos líquidos em rede coletora de esgotos, conectada à estação de tratamento, deve atender às normas ambientais e às diretrizes do serviço de saneamento.

Na RDC 222/2018 no artigo 63 - As excretas de pacientes tratados com quimioterápicos antineoplásicos podem ser lançadas em rede coletora de esgotos sanitários,

conectada à estação de tratamento, desde que atendam às normas e diretrizes da concessionária do sistema de coleta e tratamento de esgotos sanitários ou lançadas diretamente em corpos hídricos após tratamento próprio no serviço.

Quando não houver acesso ao sistema de coleta e tratamento de esgoto por empresa de saneamento, estes efluentes devem ser tratados em sistema ambientalmente licenciado antes do lançamento em corpo receptor.

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 proveniente de preparo de alimentos	Recolhimento por empresa especializada
Óleo diesel – resíduos do gerador	Recolhimento por empresa especializada

Estação de tratamento de esgoto

O esgoto sanitário é tratado pela estação de tratamento local. Os resíduos líquidos gerados diariamente pelas unidades de saúde serão constituídos 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.

A Comissão de Resíduos da unidade possui como desafio de encontrar uma empresa que colete esse tipo de resíduo para reciclagem.

No caso do GERADOR, o descarte do óleo diesel utilizado no gerador será acondicionado em embalagem plástica rígida, resistente á ruptura, lacrado com tampa rosqueável, devidamente identificada e armazenada sobre palets, na baia 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 de E.P.I (Equipamentos de Proteção Individual) durante o manuseio de qualquer produto químico (luvas, óculos com proteção lateral, calçado fechado impermeável, avental e máscara facial).

Quantidade de resíduos gerados

As quantidades de resíduos gerados por tipo de resíduo serão analisadas mensalmente em reuniões da comissão de resíduos mitigando as possíveis causas das quantidades geradas traçando estratégias para melhoria contínua. Serão analisados mensalmente através de um indicador de processos internos a quantidade de resíduos gerados de acordo com o número de pacientes/dia das unidades.

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 demais setores. Caso haja situação de confronto nos corredores, a equipe de retirada dos resíduos e CME deverá dar prioridade aos demais.

FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO NORTE – FORMOSA:

O manejo de resíduos sólidos deverá ser feito de maneira integrada, para proteger a saúde dos envolvidos, melhorar as condições de trabalho nas instalações da unidade de saúde, evitar a contaminação dos resíduos comuns, proteger o meio ambiente e atender a legislação vigente.

Além dos serviços básicos de cumprimento das legislações referente ao manejo adequado dos resíduos, os mesmos terão atenção compartilhada com projetos de

compensação ou redução de usos embasado no Ministério do Meio Ambiente buscando elevar o grau de importância nacional de ações individuais voltadas ao bem-estar ambiental global.

Certificações almejadas: GRI (Global Reporting Initiative), GHG protocol (Inventario de emissões atmosféricas nacional), Sou Resíduo Zero, Evento Neutro Carbono, entre outras.

O Fluxo Unidirecional de coleta interna dos resíduos da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa ocorrerá conforme descrito abaixo:

Ambulatório:

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas lixeiras do AMBULATÓRIO e transportar até a Sala de Utilidades do setor.

Em um segundo momento, em horários pré-fixados, de quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda, sendo que os horários não irão coincidir com a distribuição de roupas, alimentos, período de visita, medicamentos ou de maior fluxo de pessoas, os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e o substituirão pelo carrinho de resíduos vazio e higienizado.

O colaborador conduzirá o carrinho de coleta pelo corredor de circulação da policlínica até o Abrigo de Resíduos da unidade.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna dos Resíduos do Ambulatório

Laboratório:

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas lixeiras do LABORATÓRIO e transportar até a Sala de Utilidades do setor.

Em um segundo momento, em horários pré-fixados, de quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda, sendo que os horários não irão coincidir com a distribuição de roupas, alimentos, período de visita, medicamentos ou de maior fluxo de pessoas, os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e o substituirão pelo carrinho de resíduos vazio e higienizado.

O colaborador conduzirá o carrinho de coleta pelo corredor de circulação da policlínica até o Abrigo de Resíduos da unidade.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna dos Resíduos do Laboratório.

Administrativos:

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas lixeiras dos setores administrativos e transportar a sala de utilidade do setor.

Em um segundo momento, em horários pré-fixados, de quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda, sendo que os horários não irão coincidir com a distribuição de roupas, alimentos, período de visita, medicamentos ou de maior fluxo de pessoas, os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e o substituirão pelo carrinho de resíduos vazio e higienizado.

O colaborador conduzirá o carrinho de coleta pelo corredor de circulação da policlínica até o Abrigo de Resíduos da unidade.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna dos Resíduos dos setores administrativos.

SADT, Endoscopia, Colonoscopia, Ortopedia, Sala de lavagem:

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas salas e transportar até o abrigo temporário setor.

Em um segundo momento, em horários pré-fixados, de quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda, sendo que os horários não irão coincidir com a distribuição de roupas, alimentos, período de visita, medicamentos ou de maior fluxo de pessoas, os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e o substituirão pelo carrinho de resíduos vazio e higienizado.

O colaborador conduzirá o carrinho de coleta pelos corredores de circulação e seguirá até o abrigo de resíduos da unidade.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna SADT, Endoscopia, Colonoscopia, sala de lavagem etc.

Salas de procedimentos

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados salas de procedimentos cirúrgicos e transportar até a Sala de abrigo temporário.

Em um segundo momento, em horários pré-fixados, de quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda, sendo que os horários não irão coincidir com a distribuição de roupas, alimentos, período de visita, medicamentos ou de maior fluxo de pessoas, os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e o substituirão pelo carrinho de resíduos vazio e higienizado.

O colaborador conduzirá o carrinho de coleta pelos corredores da policlínica até o Abrigo de Resíduos da unidade.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna salas de procedimentos cirúrgicos.

Consultórios

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas enfermarias e transpor até de deposito temporário de resíduos.

Em um segundo momento, em horários pré-fixados, de quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda, sendo que os horários não irão coincidir com a distribuição de roupas, alimentos, período de visita, medicamentos ou de maior fluxo de pessoas, os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e o substituirão pelo carrinho de resíduos vazio e higienizado.

O colaborador conduzirá o carrinho de coleta pelos corredores da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa até o Abrigo de Resíduos da unidade.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna dos consultórios.

FLUXO GERAL DE COLETA INTERNA DE RESÍDUOS

Os resíduos serão coletados na sala de utilidades das unidades geradoras e abrigo temporário (da policlínica) pelos colaboradores do setor de Higienização e encaminhados ao depósito de resíduos utilizando carro para transporte interno fechado, exclusivo para os resíduos e identificados com o símbolo correspondente ao risco neles contidos.

Os carros de transporte deixam as salas de utilidades, passando pelos corredores até chegar à área externa.

Os carros de transporte chegam à área externa e encaminham os resíduos até o depósito externo.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna de Resíduos - Geral

Coleta e transporte externo

A Coleta e o Transporte Externo, consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação de integridade física do pessoal, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos dos Grupos A, B, E e D devem ser realizados por empresa terceirizada, sendo necessária coleta diária dos mesmos.

Os sistemas para tratamento externo dos RSS são passíveis de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº 237/1997, e de fiscalização e controle pelos órgãos de vigilância sanitária e meio ambiente. Os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer ao estabelecido e a apresentação de Licença de Operação, inclusive as condicionantes, caso haja, emitida pelo órgão ambiental para tratamento de resíduos de serviços de saúde.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna de Resíduos – Coleta e Transporte Externo.

PROPOSTA DE FLUXO DO MANEJO INTEGRADO DE RESÍDUOS

Grupo A e E

Assim como descrito na RDC 222, os resíduos do grupo "A" e "E" necessitam de tratamento prévio antes de seu descarte final, com métodos diversos, tais como autoclavagem e descaracterização ou incineração. A metodologia utilizada para o tratamento destes resíduos visa eliminar as características nocivas deles, e deve ser selecionada levando em consideração as vertentes ambientais e econômicas da unidade.

Sendo assim, os resíduos seguirão à risca as normativas federais, estaduais e municipais contemplando a gestão desde seu ponto de geração/segregação até o momento de seu descarte final ambientalmente adequado.

Grupo B

Comumente os resíduos do grupo B gerados em uma unidade de saúde possuirão diferentes tipos de características físicas, e para todos os tipos haverá uma alternativa de descarte ou compensação visando a redução do risco inerente a este resíduo. Dos resíduos do grupo B:

Sólido

Todos os resíduos com características eletrônicas serão aplicados metodologias de logística reversa ou descarte em pontos de coleta especializados pelo fabricante para que possa ser neutralizado e encaminhado a destinação final.

Ex: Pilhas, baterias, lâmpadas, produtos químicos, medicamentos, entre outros.

Líquido

Os resíduos químicos presentes na unidade deverão ser neutralizados através do projeto de tratamento a ser implantado na policlínica, antes de seu descarte final, de modo que não cause danos ao meio ambiente.

Ex: Hormônios sintéticos, quimioterápicos, líquidos reveladores e fixadores de filmes, medicamentos, entre outros.

Gasoso

Habitualmente os resíduos considerados gasosos provenientes de equipamentos passaram por meio de tratamento adequado de acordo com suas especificações de neutralização, havendo casos que não possam ser controlados como por exemplo a troca de gases refrigerante ou emissões atmosféricas, onde os mesmos serão mensurados junto ao Programa Brasileiro **GHG** (GreenHouse Gases) Protocol e envolvidos em programas de compensação de emissões atmosféricas.

Grupo D

Os resíduos do grupo D produzidos na unidade buscarão seguir a segregação de resíduos recicláveis, não recicláveis e orgânicos a fim de proporcionar uma destinação ambientalmente adequada, onde seguira o princípio dos 3 R's (reduzir, reutilizar e reciclar) acrescentando possíveis outras definições a possíveis projetos ao manejo dos resíduos a exemplo a compostagem de resíduos orgânicos.

1.1.2 – Implantação da gestão

1.1.2.1 - Implantação de logística de suprimentos

O setor de suprimentos é responsável por gerenciar e supervisionar todas as atividades relacionadas à aquisição, armazenamento e distribuição de todos os insumos para a unidade, garantindo o abastecimento adequado de materiais e equipamentos médicos para atender às necessidades da instituição. Nesse intuito, a proposta engloba implementar estratégias para otimizar o processo de suprimentos, garantindo eficiência e redução de custos.

Para garantir o abastecimento adequado de materiais e medicamentos, será implementado no Plano de trabalho:

- Padronização e categorização de produtos, garantindo a racionalização dos recursos e redução das compras
- Redução de perdas;
- Maior agilidade no abastecimento e consequentemente redução de sub estoques;
- Maior segurança do paciente;
- Prever quantidades e qualidades;
- Atuar com dinamismo e segurança;
- Controlar entradas, saídas e saldos;
- Conservar, protegendo contra a deterioração, avarias e obsolescência.

Destaca-se ainda as seguintes ações que compõe o escopo das atividades que serão implementadas:

Planejamento

Serão realizadas análises e estudos para identificar as necessidades, levando em consideração a demanda, histórico de consumo e as projeções futuras com a previsão de uso dos materiais e medicamentos.

Avaliação de fornecedores

Estabeleceremos uma criteriosa avaliação dos fornecedores, levando em conta pontos como: qualidade dos produtos, capacidade de entrega, reputação no mercado, custo-benefício, preços competitivos e conformidade com as regulamentações; o que, com isso, garantirá que a unidade tenha acesso à materiais e medicamentos confiáveis e de boa qualidade, com preço compatível com modelo de gestão IMED, garantindo sempre a segurança do paciente.

Negociação de acordos comerciais por períodos determinados

Será implementada a política de acordos comerciais por prazos determinados de insumos e fornecedores estratégicos, com o intuito de obter preços cada vez menores, descontos em volume e garantia de fornecimento contínuo sem rupturas.

Controle de estoque

Será realizado o monitoramento contínuo do estoque de todos os insumos da unidade, garantindo que haja um equilíbrio entre a disponibilidade dos itens e o espaço de armazenamento disponível, tendo como objetivo evitar possíveis faltas de produtos essenciais e o acúmulo desnecessário de itens, utilizando métodos estatísticos e dados históricos para prever a demanda futura de insumos, permitindo um planejamento mais preciso e evitando a falta ou o excesso de estoque.

Gestão de compras

Serão realizadas compras de forma eficiente por meio da análise de cotações e emissão de pedidos de compra, utilizando técnicas como a padronização de produtos, a consolidação de pedidos e a busca por alternativas mais econômicas com a verificação da qualidade dos produtos recebidos e o controle de custos. Serão desenvolvidos e definidos os níveis de estoque mínimo e máximo para cada item, considerando fatores como a demanda, o prazo de entrega dos fornecedores e a criticidade do material. Dessa forma, é possível identificar quando é necessário fazer novas compras ou quando há excesso de estoque. Serão realizados inventários periódicos para verificar fisicamente a quantidade de itens em estoque e comparar

com os registros do sistema. Essa prática ajuda a identificar possíveis discrepâncias e corrigir eventuais erros de registro. Serão acompanhados os prazos de validade dos materiais e medicamentos, evitando que produtos vencidos sejam utilizados e garantindo a segurança dos pacientes.

- Desenvolvimento de estoque máximo e mínimo

Ao estabelecer-se os níveis de estoque mínimo e máximo para cada item, são considerados alguns critérios. Esses critérios podem variar de acordo com a natureza dos materiais e medicamentos, com as necessidades específicas da unidade e as recomendações de órgãos regulatórios.

Demanda média:

Serão analisadas sistêmicamente a demanda média do item ao longo de um determinado período de tempo. Essa análise deve ser feita utilizando os dados históricos de consumo. A demanda média é um ponto de referência para estabelecer os níveis de estoque, garantindo que haja suprimento suficiente para atender às necessidades regulares.

Tempo de entrega dos fornecedores:

Serão considerados o tempo necessário para que os fornecedores entreguem os insumos, para evitar a falta de estoque durante o período de espera pela reposição. O nível máximo de estoque pode será estabelecido levando em conta o tempo de entrega mais longo.

Criticidade do item:

Alguns itens podem ser considerados mais críticos do que outros, devido à sua importância para a prestação de cuidados de saúde ou à sua escassez no mercado. Itens críticos podem ter níveis de estoque mínimo e máximo mais elevados, visando garantir a disponibilidade contínua e evitar interrupções no atendimento.

Variabilidade da demanda:

Itens com demanda mais volátil ou imprevisível exigiremos níveis de estoque mais altos para atender a possíveis picos de demanda ou flutuações no consumo.

- Variabilidade da Demanda

A variabilidade da demanda pode ter um impacto significativo nos níveis de estoque para alguns itens. A demanda volátil ou imprevisível pode resultar em flutuações no consumo desses itens, o que pode levar a situações de falta de estoque ou excesso de estoque.

Estoque de segurança:

A variabilidade da demanda pode levar à necessidade de manter um estoque de segurança mais alto. Isso significa que o nível mínimo de estoque é estabelecido em um patamar acima da demanda média esperada. O estoque de segurança ajuda a lidar com flutuações imprevistas na demanda, como picos de consumo repentinos ou atrasos na entrega dos fornecedores.

Reabastecimento frequente:

A variabilidade da demanda pode exigir um reabastecimento mais frequente dos itens hospitalares. Isso ocorre porque a demanda imprevisível pode esgotar o estoque mais rapidamente, exigindo uma reposição mais frequente para evitar a falta de estoque. Portanto serão ajustados os níveis de estoque mínimo e máximo com base na frequência de reabastecimento necessário.

Monitoramento contínuo:

A variabilidade da demanda requer um monitoramento contínuo dos níveis de estoque e da demanda em tempo real. Isso permitirá que sejam detectados padrões de demanda, identificadas flutuações e tomadas as medidas proativas para ajustar os níveis de estoque conforme necessário.

Colaboração com fornecedores:

Devido a variabilidade da demanda serão realizadas a colaboração e comunicação efetiva com os fornecedores. Isso será fundamental para garantir uma resposta rápida às variações na mesma e para que possamos ajustar os níveis de estoque de acordo com a necessidade. A colaboração pode incluir a negociação de prazos de entrega flexíveis, pedidos urgentes em situações de demanda imprevista e compartilhamento de informações para melhorar e otimizar a previsão de demanda.

- Demanda volátil

Frequência de reabastecimento:

Devido a demanda volátil, o reabastecimento de itens hospitalares podem precisar serem feitos com mais frequência. Isso ocorre porque a demanda imprevisível pode levar ao esgotamento mais rápido dos estoques, exigindo uma reposição mais frequente para evitar a falta de itens essenciais. A frequência de reabastecimento pode precisar ser ajustada com base nas flutuações da demanda e, devido a essa criticidade, serão implantados o monitoramento contínuo e eficaz.

Quantidade de reabastecimento:

A demanda volátil também poderá afetar a quantidade de itens a serem reabastecidos em cada pedido. Em períodos de alta demanda, pode ser necessária a solicitação de quantidades maiores para atender às necessidades dos pacientes. Por outro lado, em períodos de baixa demanda, pode ser necessário reduzir a quantidade de reabastecimento para evitar um excesso de estoque. Com o monitoramento contínuo da demanda, serão ajustadas e adequadas as quantidades de reabastecimento de forma assertiva.

Planejamento de estoque:

A demanda volátil requer um planejamento de estoque mais cuidadoso e preciso. Isso envolve a análise de padrões de demanda passados, a previsão de demanda futura com base em dados históricos e a consideração de fatores que possam influenciar a volatilidade da demanda, como sazonalidade, eventos especiais ou surtos de doenças. O planejamento de estoque adequado ajuda a garantir que os itens estejam disponíveis quando necessário, evitando tanto a falta quanto o excesso de estoque.

Espaço físico disponível:

Será avaliado constantemente o espaço físico disponível para armazenar os materiais e equipamentos. É importante garantir que o estoque não ocupe um espaço excessivo e que seja organizado de forma eficiente.

Regulamentações e normas:

Compõe o escopo da proposta em nível essencial as regulamentações e normas específicas do setor de saúde. Alguns itens podem ter requisitos específicos de armazenamento ou prazos de validade mais curtos, o que pode influenciar os

níveis de estoque. Tal critério será levado em conta com muito enfase, junto ao corpo técnico da unidade.

Monitoramento de prazos:

Serão acompanhados todos os prazos de entregas dos fornecedores, garantindo que os materiais e ou equipamentos sejam recebidos dentro do prazo estabelecido. Em caso de atrasos ou problemas na entrega, serão tomadas as medidas necessárias para resolver a situação e notificação dos fornecedores.

Gestão de relacionamento:

O escopo de atuação da gestão contempla um bom relacionamento com os fornecedores, promovendo a comunicação eficiente, resolvendo eventuais problemas e buscando parcerias de longo prazo, seguindo e aplicando rigorosamente todas as regras de compliance.

Comunicação com as equipes clínicas:

Será realizada uma comunicação estreita com as equipes clínicas, como a Diretoria Médica, gerências e farmacêuticos da unidade, para entender suas necessidades e demandas de materiais e medicamentos a fim de ajustar os níveis de estoque de acordo com a demanda real.

TERMOS E DEFINIÇÕES DO DEPARTAMENTO DE LOGISTICA DE SUPRIMENTOS

Curva ABC: Método de classificação de informações para que se separem os itens de maior importância ou impacto, os quais são normalmente em menor número; onde **A** corresponde aos itens de estoque de maior importância, valor ou quantidade (20% do total), **B** corresponde a itens com importância, quantidade ou valor intermediário (30% do total), e **C** corresponde a itens menor importância, valor ou quantidade (50% do total).

Curva XYZ: Classifica o inventário tomando como base o critério de criticidade, ou seja, é colocado em análise o impacto que a falta desses itens no inventário causa nos processos internos; sendo que **X** é definido como grupo ordinário, os itens dessa categoria apresentam baixa criticidade (sendo assim, sua falta compromete o atendimento de usuários internos e externos, mas não traz graves consequências), **Y** é definido como grupo crítico, representando os produtos cuja falta causa um transtorno razoável dentro da organização e **Z** trata-se do grupo

vital, cuja falta traz consequências desastrosas, podendo, por exemplo, interromper as operações da empresa.

Curva 123: Esse método leva em consideração a dificuldade com que certos produtos são adquiridos. Dessa forma, o **grupo 1** compreende os itens cuja aquisição é complexa, ou seja, sua obtenção é mais complicada por envolver diversos fatores que dificultam sua compra; o **grupo 2** abarca produtos de difícil aquisição, mas que envolvem uma quantidade menor de fatores complicadores e o **grupo 3** é formado pelos materiais amplamente disponíveis no mercado e que, portanto, possuem um fornecimento rápido e pontual.

Curva PQR: Classificação de estoque de acordo com a popularidade de cada um dos itens, onde **P** é a classe formada por produtos muito populares e que apresentam uma movimentação frequente; **Q** são produtos de média popularidade e que possuem uma frequência média de transações; **R** inclui itens de baixa popularidade e que não são movimentados com frequência.

Método PEPS (Primeiro a Entrar, Primeiro a Sair): Este método atribui o custo da mercadoria vendida ao preço de compra mais antigo em estoque. Sendo assim, o método PEPS prioriza a ordem cronológica de entrada dos produtos privilegiando o uso do lote mais antigo de mercadorias até que as quantidades sejam esgotadas. Em seguida, é utilizado o segundo grupo mais velho e assim por diante. Para usar este tipo de gestão é necessário que as mercadorias do estoque sejam armazenadas de forma seriada.

Custo Médio Ponderado: È uma forma de mensurar o valor do estoque da empresa sem que seja levada em conta uma ordem cronológica de recebimento das mercadorias. Em resumo, sobre o valor dos custos de cada mercadoria é calculada uma média ao somar os diferentes preços de aquisição do produto estocado dividido pela quantidade adquirida. O resultado é o custo médio da mercadoria estocada.

Lead Time: Tempo usado para rodar todo o ciclo de produção, desde o pedido do cliente até o recebimento do produto. Na visão do cliente é o tempo desde que ele fez o pedido até o produto chegar em suas mãos. Já na visão da empresa é algo mais detalhado passando em todas as etapas do processo da empresa e quanto cada uma delas demora até que o produto chega nas mãos do cliente. O gestor de suprimentos deve ter ciência do tempo entre solicitação ao fornecedor e efetiva entrega do produto. A metodologia pode ser utilizada também em acordos entre suprimentos e setores assistenciais.

Estoque de Segurança: Quantidade mínima de produtos que são mantidos em estoque para impedir que serviços sejam interrompidos por falta de itens de estoque. A ideia é não usar esse estoque e sim usá-lo como uma espécie de seguro para a operação. O cálculo do estoque de

segurança se dá por: demanda média diária do produto X tempo de entrega (lead time) em dias.

Giro de Estoque: Indicador responsável por demonstrar o desempenho de um estoque. Ele permite saber de forma precisa de quanto em quanto tempo o estoque costuma ser renovado. Cálculo: consumo no período / estoque médio no período.

Fornecedor Crítico: Fornecedor de insumos que impactam diretamente na qualidade da assistência oferecida ao paciente.

Cotação: Comparação de preços entre fornecedores, de um determinado produto ou serviço em um determinado tempo no mercado.

Rastreabilidade: Capacidade de traçar o caminho de um produto desde a disponibilização ao setor até seu uso.

Sistema DataMatrix: Trata-se de código bidimensional, similar ao QR Code, que substitui o código de barras tradicional de identificação de produtos. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da RDC 157/2017, adotou este sistema para rastreamento de produtos inclusos no Sistema Nacional de Controle de Medicamentos (SNCM), com previsão de implantação no segundo semestre de 2022. A principal vantagem é a grande quantidade de informações que pode ser inserida com um código compacto impresso a laser.

Inventário: Lista de bens e materiais disponíveis em estoque que estão armazenados na empresa ou então armazenados externamente, mas pertencentes à empresa.

PLANEJAMENTO DE COMPRAS

O planejamento de compras ocorre 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 demandas, inclusive as sazonais.

A função compras é um segmento essencial do departamento de materiais ou suprimentos. Sua finalidade é suprir as necessidades de materiais ou serviços, planejá-las quantitativamente e satisfazê-las no momento certo e na quantidade correta. É importante salientar que, nas modernas organizações hospitalares, essa função pode e deve ser exercida por um farmacêutico ou pessoas da área administrativa, gabaritadas para a atividade e com ampla experiência.

O processo de compras varia de acordo com o tipo de 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. Não se mantém em estoque.

O processo de compra é marcado por dois momentos distintos: o tempo de processamento interno e o tempo de processamento externo do pedido.

O tempo de processamento interno do pedido pressupõe a escolha do fornecedor, negociação, a emissão e entrega do pedido ao fornecedor.

O processamento externo do pedido pressupõe a preparação da mercadoria, emissão de notas fiscais e transporte dos materiais até a unidade.

Alçada de Aprovação

As aprovações seguem alçadas de acordo o valor:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS	VALOR (R$)*	SOLICITAÇÃO	APROVAÇÃO		
		COMPRADORES - COORDENADOR DA ÁREA SOLICITANTE	GERENTE ADMINISTRATIVO/ SUPRIMENTOS	GERENTE ADMINISTRATIVO/ SUPRIMENTOS	GERENTE ADMINISTRATIVO/ SUPRIMENTOS
Padronizados	Até R$ 10.000,00	√	√	√	√
	Acima de R$ 10.000,00	√	√	√	√

Não Padronizados	Até R$ 10.000,00	√	√	√	√
	Acima de R$ 10.000,00	√	√	√	√

Padronização de Medicamentos e Materiais Médico-Hospitalares

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.

Qualificação e Cadastro de Fornecedores

A qualificação de Fornecedores é feita com base em padrões de qualidade, capazes de garantir insumos e serviços de alto padrão. Aplica-se a avaliação em todos os fornecedores de produtos que participam ou desejam participar dos processos de cotação e de compra.

O Cadastro de Fornecedores não assegura a compra efetiva dos produtos, dependendo assim, dos processos de compra e cotação e avaliação/qualificação.

A condição para inclusão no Cadastro de Fornecedores Qualificados é verificar a plena capacidade de fornecimento de produtos.

A Instituição reserva-se no direito de selecionar e classificar livremente seus Fornecedores, dentro de critérios previamente estabelecidos e aprovados pelo setor de compras e comissão de padronização de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalar.

A documentação para cadastro de fornecedores é solicitada pelo setor de qualidade ao setor de compras que solicita ao fornecedor. São necessários os documentos:

Documentos obrigatórios para todos os fornecedores

- Ficha cadastral padrão fornecida pela Instituição;

- Cópia do Cartão CNPJ;
- Contrato social e últimas alterações.

Documentos necessários por ramo de atividade

Medicamentos, Nutrição Enteral, Materiais de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), Materiais Médicos Hospitalares, Saneantes, Químicos e Laboratório.

Obrigatórios:

- Autorização de Funcionamento emitida pela ANVISA;
- Alvará Sanitário Municipal;
- Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos aplicáveis.

Complementares:

- Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manipulação.

Gêneros Alimentícios

Obrigatórios:

- Alvará ou Licença de Funcionamento emitido pela Prefeitura Municipal;
- Alvará Sanitário Municipal.

Complementares:

- Autorização SIM - Serviço de Inspeção Municipal - e Certificado de Responsabilidade Técnica;
- Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos.

Prestadores de Serviços

Obrigatórios:

- Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização;
- Certidão Negativa de Falência e Concordata.

Complementares:

- Cópia da Inscrição Estadual;
- Certificado de Regularidade com a Previdência Social / INSS – CND;
- Certificado de Regularidade com FGTS;
- 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.

O setor de compras preencherá o check list para cadastro de fornecedor, a fim de garantir a entrega e conferência de toda documentação necessária para cadastro.

Check List para Cadastro de Fornecedores

Orientação: A documentação para cadastro de fornecedores é solicitada pelo setor de Qualidade ao setor de compras que solicita ao fornecedor. O setor de compras deverá preencherá este Check listpara cadastro de fornecedor, a fim de garantir a entrega e conferência de toda documentação necessária para cadastro.

Documentos obrigatórios para todos os fornecedores	Conforme	Não se aplica
Ficha Cadastral da Empresa	[ ]	[ ]

Contrato Social (última alteração)	[ ]	[ ]
Cartão CNPJ	[ ]	[ ]
Medicamentos, Nutrição Enteral, Materiais de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), Materiais Médicos Hospitalares, Saneantes, Químicos e Laboratório.		[ ]
Autorização de Funcionamento emitida pela ANVISA;	[ ]	[ ]
Alvará Sanitário Municipal;	[ ]	[ ]
Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos aplicáveis;	[ ]	[ ]
Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manipulação	[ ]	[ ]
Gêneros Alimentícios		[ ]
Alvará ou Licença de Funcionamento emitido pela Prefeitura Municipal	[ ]	[ ]
Alvará Sanitário Municipal	[ ]	[ ]
Autorização SIM - Serviço de Inspeção Municipal e Certificado de Responsabilidade Técnica	[ ]	[ ]
Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos.	[ ]	[ ]
Prestadores de Serviços		[ ]
Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização	[ ]	[ ]
Certidão Negativa de Falência e Concordata	[ ]	[ ]
Cópia da Inscrição Estadual	[ ]	[ ]
Certificado de Regularidade com a Previdência Social / INSS – CND	[ ]	[ ]
Certificado de Regularidade com FGTS	[ ]	[ ]

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	[ ]	[ ]

[ ] Aprovado para Cadastramento de Fornecedores Data: _____/_____/_____

Assinatura Responsável do setor de Compras:

_____

Não é permitida a negociação com fornecedores antes da apresentação da documentação inicial.

Para todo produto a ser adquirido pela Instituição, exige-se o registro no Ministério da Saúde ou outro órgão governamental de mesma equivalência. Para fornecimento de produtos isentos de registro no Ministério da Saúde é necessária cópia do documento de isenção.

RENOVAÇÃO DE LICENÇAS

Os documentos devem estar no prazo de validade e serão gerenciados pelo Setor da Qualidade, podendo ser consultados sempre que necessário. Em caso de validade expirada, o Setor da Qualidade solicitará nova documentação com prazo regularizado.

O responsável pela compra realiza cotação diária e efetiva a compra de acordo com o melhor preço, qualidade e padronização dos produtos a serem adquiridos.

PROCESSO DE COMPRAS

O Setor de Compras realiza as compras de itens de estoque através de uma solicitação realizada pelo responsável pelo reabastecimento ou gestor da área. Para

solicitação de compras, deve ser levado em consideração o consumo do item, giro de estoque, análise de curva ABC, curva XYZ, curva 123, curva PQR, lead time, estoque atual, consumo médio, dias destoque. A necessidade de manutenção de estoque de segurança deve também nortear todo o processo de compra, visando a segurança da operação da instituição.

O Departamento de Compras trabalha também com a compra de produtos não estocáveis solicitados diretamente pelo Departamento requisitante. O requisitante utiliza de função no Sistema Operacional denominada "Solicitação de Compra Direta" solicitando os itens por e-mail.

O pedido de compra junto ao Fornecedor pode ser feito via telefone, ou e-mail, sendo solicitada a entrega de acordo com a necessidade.

A realização de compras por via eletrônica / Plataforma de Compras, verifica-se entre empresas, envolvem uma serie crescente de transações comerciais públicas e privadas, nos quais a empresa cria um sistema de compras online com base em fornecedores previamente cadastrados. Nesse caso, a empresa deve criar seu próprio site de compras, o sistema emite solicitações de cotação, envia-os eletronicamente aos fornecedores cadastrados. Estes digitam suas propostas em telas ou formulários eletrônicos.

No ato da compra, caso o produto solicitado não esteja disponível, o Fornecedor deverá comunicar o Comprador e este deverá comunicar o setor solicitante, a fim de possibilitar substituição ou nova programação de entrega.

O Departamento de Compras e Suprimentos deverá manter uma comunicação eficaz com todos os outros departamentos da Policlínica, informando qualquer ocorrência, referente às compras específicas de cada setor, bem como o abastecimento do estoque.

Cada pedido de compra deve ter um número, data de emissão, especificação dos itens citados, quantidades, preço unitário, condições de pagamento, prazo de entrega, local de entrega, frequência das entregas e outras informações necessárias para caracterizar a transação.

A compra deve ser feita sempre que o estoque apresente uma quantidade de produto suficiente para atender as necessidades do prazo de abastecimento, período compreendido entre a solicitação e a chegada do pedido. A quantidade a ser adquirida deve ser a mínima suficiente para atender as necessidades até que se atinja um novo período de abastecimento.

Para evitar falta de produtos e compras emergenciais, introduz-se o conceito de estoque de reserva, que é uma quantidade de material para suprir eventuais necessidades do sistema. Para dimensionar adequadamente os prazos que decorrem desde o pedido até a entrega dos produtos, as instituições públicas devem ainda considerar os prazos legais obrigatórios, assim como o tempo despendido com os trâmites internos.

Responsabilidades do fornecedor

É de responsabilidade do Fornecedor:

- Ter flexibilidade no caso de mudanças nas quantidades e nos prazos de entrega;
- Fornecer os insumos conforme os padrões exigidos pelas normas técnicas;
- Responder as cotações dentro do prazo estabelecido;
- Cumprir toda a legislação aplicável ao processo produtivo e de compra e venda;
- Responsabilizar-se de forma ampla e irrestrita pelos materiais produzidos ou comercializados no seu estabelecimento, inclusive por todo desvio de qualidade, que porventura não tenha sido identificado no ato do recebimento;
- Avaliar as notificações referentes a qualquer produto que esteja em desacordo com o contratado, fazendo as devidas correções no prazo estabelecido;

Responsabilidades do comprador

É de responsabilidade do Comprador:

- Respeitar os horários definidos para atendimento à fornecedores e representantes;
- Oferecer o máximo de transparência no processo de compras;
- Realizar as especificações devidas dos itens a serem comprados;
- Efetuar sempre a melhor compra;
- Não usar o cargo e/ou facilidades para obter favorecimento para si ou para outrem no processo de contratação e gestão de fornecedores;
- Recusar hospitalidade, presentes, brindes ou ofertas que possam influenciar as decisões de negócio.

Emissão de Notas Fiscais

A Nota Fiscal deverá ser emitida em nome da Unidade e deverá conter:

- Endereço, CNPJ e Inscrição Estadual da Instituição;
- Número do Pedido;
- Descritivo dos produtos (informações de embalagens e quantidades, preços unitários e totais);
- Lote e validade, no caso de Notas Fiscais de medicamentos e materiais que são exigidos controle de lote e validade;
- Prazos de pagamento acordados;
- Contrato de gestão.

Não serão aceitas Notas Fiscais com data anterior ao Pedido de compra. Caso a Nota Fiscal apresente alguma irregularidade, o Departamento de Compras e Suprimentos entrará em contato com o fornecedor para adequação.

ARMAZENAMENTO DOS INSUMOS

O armazenamento de insumos é realizado no almoxarifado e farmácia. É premissa básica para o armazenamento dos insumos:

- 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 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 ser fechado e possuir rotina de dedetização a fim de evitar a entrada de roedores, insetos e outros animais;

- Deve possuir controle de temperatura ambiente e umidade relativa do ar com plano de ação, no caso de oscilações;

- Deve possuir método de controle de acesso, de forma a permitir o acesso somente de pessoas autorizadas, além de monitoramento por sistema de camêras 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 umo 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 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 consequentemente minimiza o índice de perdas.

INVENTÁRIO

A contagem periódica dos itens é utilizada para realizar os ajustes necessários no estoque físico e virtual ao longo dos meses e minimizar as inconsistências ao longo do ano.

O inventário rotativo deverá ser realizado mensalmente para 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.

Caso haja divergências entre os dados registrados com as informações referentes à contagem física dos materiais, será necessário analisar e definir um plano de ação para reduzir as divergências.

MONITORAMENTO

Uma das finalidades da monitorização é manter uma vigilância

constante dos processos, com o objetivo de se detectar precocemente os desvios dos padrões da prática esperados, e corrigi-los prontamente, adotando uma postura pedagógica e não punitiva. Elencamos abaixo alguns indicadores para gerenciamento da área de suprimentos:

- Índice de compra de urgência;
- Índice de compra não padrão;
- Índice de perda por validade;
- Índice de acurácia do estoque quantitativa e qualitativa.

Quantitativo: Quantidade física/Quantidade contabilizada.

Qualitativo: Quantidade de produtos sem diferença entre estoque físico e contabilizado/quantidade total de produtos sem diferença entre físico e contabilizado.

- Giro de estoque.

1.1.2.2 - PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO – FORMOSA.

LOGO	**REGIMENTO INTERNO DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

CAPÍTULO I – DOS OBJETIVOS

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa será orientado pelas normativas elaboradas pela equipe de gestão do IMED, seu organograma funcional, pelo presente Regimento Interno, pela legislação brasileira e em estrita observância aos princípios éticos, morais e humanos. Este Regimento representa a estrutura de funcionamento da Policlínica, os serviços e comissões que o compõem e traz, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e institui as normas gerais de seu funcionamento.

Artigo. 1º. A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa é uma Unidade de Assistência Ambulatorial, Ensino e Pesquisa, tendo por objetivo a prestação da assistência ambulatorial, assistência médica e multiprofissional, de forma referenciada, nos limites de sua capacidade instalada, nos limites do termo de referência pactuado, de forma humanizada com qualidade, segurança e cuidando com respeito, conforme estabelecido nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, para os atendimentos nas especialidades:

I. Cardiologia;

II. Dermatologia;

III. Endocrinologia;

IV. Gastroenterologia;

V. Anestesiologia;

VI. Ginecologia;

VII. Obstetrícia;

VIII. Hematologia;

IX. Mastologia;

X. Nefrologia;

XI. Neurologia;

XII. Pediatria;

XIII. Oftalmologia;

XIV. Ortopedia/Traumatologia;

XV. Otorrinolaringologia;

XVI. Pneumologia;

XVII. Reumatologia;

XVIII. Urologia;

XIX. Proctologia;

XX. Assistência Social;

XXI. Enfermagem;

XXII. Farmácia;

XXIII. Fisioterapia;

XXIV. Fonoaudiologia;

XXV. Psicologia;

XXVI. Nutrição;

XXVII. Terapia Ocupacional;

XXVIII. Odontologia.

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES

Artigo. 2°. A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa tem por finalidade:

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

II. Prestar assistência médico-ambulatorial no âmbito das especialidades que lhe compete;

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

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Artigo. 3°. A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa possui a seguinte composição organizacional, conforme no organograma abaixo:



figura I. Organograma Institucional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

Seção I. Diretoria Médica

Parágrafo Único: A Diretoria Médica é o órgão máximo na

estrutura hierárquica e será assessorado pelos seguintes setores:

I. Gerência Administrativa;

II. Gerência Assistencial;

III. Gerência de SADT.

Seção II. Gerência Administrativa

Parágrafo Único: A Gerência Administrativa será subordinada à Diretoria Médica e será o órgão que representará os profissionais de apoio administrativo e logístico na policlínica. Será assessorado pelos seguintes Coordenações/Supervisões:

- Manutenção Predial e Infraestrutura;
- Engenharia Clínica;
- Almoxarifado e Patrimônio;
- SAME/Faturamento;
- Farmácia e CEAF;
- Tecnologia da Informação;
- Facilities;
- Atendimento e Recepção.

Seção III. Gerência Assistencial

Parágrafo Único: A Gerência Assistencial será subordinada à Diretoria Médica e será o órgão que representará a classe de enfermagem e multiprofissional da unidade. Será assessorado pelos seguintes Coordenações/Supervisões:

- Enfermagem;
- Núcleo Interno de Agendamento;
- Equipe Multidisciplinar.

Seção IV. Gerência de SADT

Parágrafo Único: A Gerência de SADT será subordinada à Diretoria Médica e será o órgão que representará a classe médica, de diagnóstico e terapia. Será assessorada pelos seguintes Coordenações/Supervisões:

- Imagem e laudos;
- Hemodiálise;
- Laboratório;
- Centro de especialidade Odontológica;
- Ambulatório de especialidades.

CAPÍTULO IV – DA COMPETÊNCIA

Artigo. 4°. Ao Diretor Médico compete:

- Executar as deliberações gerais da policlínica, na área de competência;

- Elaborar planejamento estratégico;

- Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades da unidade;

- Administrar a Policlínica, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com 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;

- Manter contato constante com os responsáveis diretos das atividades administrativos da policlínica e avaliar periodicamente o desempenho deles, 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 em ata as decisões;

- Exigir que todas as unidades administrativas tenham um regimento e POP – Procedimentos Operacionais;

- Manter atualizados os dados informativos a respeito das atividades administrativos, utilizando os instrumentos pertinentes;

- Promover, orientar, supervisionar e incentivar atividades de ensino e pesquisa;

- Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;

- Planejar 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 e setores ambulatoriais;

- 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;

- Participar 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 necessite para a tomada de decisões;

- Manter rigoroso comportamento ético-profissional;

- Cumprir e fazer cumprir as normas internas da instituição;

- Realizar as demais atividades inerentes ao cargo.

- Ser responsável perante os Conselhos Regionais de Medicina, autoridades sanitárias, Ministério Público, Judiciário e demais autoridades pelos aspectos formais do funcionamento do estabelecimento assistencial que represente.

- Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina.

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

Artigo. 5º. À Gerência Administrativa compete:

- Gerenciar, planejar, coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas aos Serviços de Manutenção Predial; Engenharia Clínica; Patrimônio; SESMT; SAME/Faturamento; Farmácia e CEAF; Almoxarifado; Tecnologia da Informação; Facilities;

- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

- Manter contato com a Direção Médica e Gerências Assistencial e de SADT da policlínica objetivando a eficiência assistencial, administrativa e logística dos serviços ambulatoriais;

- Fazer cumprir as normas dos Conselhos 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.

Artigo. 6°. À Manutenção Predial / Facilities / Infraestrutura compete:

- Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

- Fazer registro diário dos serviços prestados;

- Operar, manter e executar revisão periódica e conserto nas instalações elétricas, de água e esgoto da policlínica, colocando-os em condições de operação continua, confiável, segura e econômica;

- Proceder à limpeza, pintura e/ou recuperação da estrutura física e dos móveis da policlínica, mantendo-os em condições de apresentação e funcionalidade;

- Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Gerência;

- Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar na policlínica;

- Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

- 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 Manutenção Predial / Facilities / Infraestrutura serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 7º. À Engenharia Clínica compete:

- Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

- Realizar atividades referentes a consertos de materiais e equipamentos hospitalares, no próprio serviço ou terceirizados, solicitando autorização da Gerência Administrativa;

- Fazer registro diário dos serviços prestados;

- Estabelecer cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos Biomédicos;

- Operar e manter em regular funcionamento os equipamentos fazendo revisões periódicas dos mesmos e de suas redes de distribuição;

- Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Gerência Administrativa;

- Manter contato com a Gerência Administrativa e Diretoria Médica, objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar na policlínica;

- Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

- 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 Engenharia Clínica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 8°. Ao Almoxarifado e Patrimônio compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio;

- 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 Médica e Gerência Administrativa;

- Efetuar o registro de entrada e saída de material no sistema de gerenciamento dos estoques, mantendo a Gerência Administrativa da Policlínica permanentemente informada sobre os níveis de cada item existente;

- Manter atualizado o sistema de gerenciamento de estoques, fornecendo informações precisas sobre o consumo de materiais por cada setor;

- 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 Médica da Policlínica;

- Obedecer às políticas de estoque adotadas pela Diretoria da policlínica;

- Manter o estoque dos materiais padronizados na policlínica em níveis ideais, de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente;

- Atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pela policlínica, e distribuir os materiais mediante emissão de Nota de Fornecimento de Materiais;

- Controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais e equipamentos;

- Efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais da Policlínica e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes;

- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar na policlínica;

- Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

- Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

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

Parágrafo Único - As atividades do Almoxarifado e Patrimônio serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 9°. Ao Faturamento e SAME compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Faturamento e SAME;

- Fazer registro diário dos serviços prestados nos sistemas próprios (BPA, APAC e sistema de gerenciamento de prontuário eletrônico);

- 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 quantitativos de faturamento por tipo de cobrança (BPA, APAC) de acordo com o centro 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 na policlínica;

- Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

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

Parágrafo Único – As atividades de Faturamento e SAME serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 10º. À Farmácia e CEAF compete:

- Promover a manutenção do estoque e guardar em perfeita ordem de armazenamento, conservação, registro e prazo de validade dos medicamentos e materiais;

- Providenciar a documentação relativa à entrega dos medicamentos e materiais solicitados;

- Distribuir os materiais e medicamentos, de acordo com as requisições recebidas;

- Proceder ao controle de entrada e saída de medicamentos e materiais;

- Contribuir e participar no controle de estoque de medicamentos e materiais, auxiliando o responsável técnico a exercer as ações conforme legislação vigente;

- Contribuir na gestão do setor, desenvolvendo ações de melhoria e liderança de equipes;

- Realizar rotinas de farmácia clínica quando couber (intervenções, evoluções, conciliações medicamentosas, etc.);

- Participar das ações junto à equipe multidisciplinar;

- Realizar entrada de notas fiscais e recebimento de mercadorias;

- Atender clientes internos e externos nas demandas da farmácia;

- Participar dos processos de padronização de materiais e medicamentos;

- Participar da elaboração de relatórios mensais de produção da farmácia;

- Elaborar e realizar treinamentos pertinentes aos procedimentos da farmácia;

- Participar dos processos de solicitação de compras da farmácia;

- Executar e gerenciar as rotinas administrativas do setor;

- Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

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

Artigo. 11º. À Tecnologia da Informação compete:

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

- Fazer registro diário dos serviços prestados;

- Gerenciar os sistemas de informática, bancos de dados, intranet e internet da policlínica;

- Emitir pareceres sobre equipamentos, instrumentos e aplicativos mais adequados ao processamento de dados da policlínica;

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

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

- Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar da policlínica;

- Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

- 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 de Tecnologia da Informação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 12°. À Gerência Assistencial compete:

- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços de Enfermagem e Multiprofissional, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da Policlínica;

- Despachar com o Diretor Médico;

- Elaborar e executar o Planejamento Estratégico anual de enfermagem alinhado ao planejamento da Instituição;

- Realizar diagnóstico, planejar e avaliar resultados das ações pertinentes a enfermagem e equipe multiprofissional;

- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem e das outras categorias profissionais;

- Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse da instituição;

- Cooperar com as demais Diretorias da Instituição e assessorá-las nos assuntos de sua competência;

- Convocar e participar nas reuniões com os coordenadores e equipe multiprofissional;

- Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;

- Efetuar a avaliação de desempenho dos coordenadores, de acordo com a legislação e orientações da instituição;

- Estabelecer as diretrizes da assistência de enfermagem e multiprofissional de acordo com a missão, visão e valores da instituição;

- Assumir a responsabilidade técnica do Serviço de Enfermagem junto aos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e demais entidades reguladoras de saúde;

- Assegurar a prestação da assistência em todas as áreas de atendimento da Instituição em quantidade e qualidade, garantindo sua efetividade;

- Gerenciar as atividades técnicas, administrativas, de ensino e pesquisa junto a Educação Permanente e Desenvolvimento, em consonância com a Diretoria Médica da Instituição;

- Acompanhar os trabalhos da Comissão de Ética em Enfermagem, tomando providências quando necessário sobre atitudes e comportamentos dos profissionais de enfermagem;

- Dimensionar o quadro de profissionais de enfermagem e solicitar o provimento nas vagas das unidades de trabalho, conforme Resolução COFEN nº543/2017;

- Dimensionar o quadro de profissionais da equipe multiprofissional, de acordo com a legislação vigente;

- Fazer cumprir a Lei do Exercício Profissional conforme Decreto nº 94.406 de 08/06/1987;

- Fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem conforme Resolução COFEN nº 564/2017;

- Indicar os coordenadores como cargos de confiança, respeitando o critério e requisitos específicos de cada cargo;

- Assegurar a disponibilidade de serviços de enfermagem para todas as unidades da Instituição, bem como sua qualificação consoante aos objetivos e missão da Gerência Assistencial e em perfeita conformidade com o regulamento do exercício de enfermagem (COREN);

- Estruturar, organizar e dirigir a Gerência Assistencial, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os processos de qualidade;

- Colaborar no planejamento dos objetivos, estratégias e políticas operacionais da Diretoria Médica;

- Elaborar, propor e executar o plano de atividades da sua área de responsabilidade, inclusive normas quando necessárias;

- Aprovar os planos, dirigir e controlar as atividades das áreas subordinadas, o ambulatório e CME.

- Zelar pelo patrimônio e imagem da Instituição;

- Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais;

- Organizar, dirigir e supervisionar os cuidados multiprofissional prestados pela Instituição, assegurando assistência contínua e eficiente aos pacientes;

- Propor adaptações e reformar de planta física que se façam necessárias para atender às necessidades técnicas;

- Manter a Diretoria Médica informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com os cuidados prestados aos pacientes, bem como, dar sugestão das alterações em protocolos e manuais;

- Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da equipe multiprofissional;

- Apresentar relatórios mensais sobre as atividades realizadas e movimentos estatísticos;

- Motivar a equipe a 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 a equipe de enfermagem;

- Manter uma integração com os demais serviços da Instituição para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente;

- Monitorar os serviços das empresas terceirizadas, visando manter a qualidade do serviço;

- Estimular atividades de pesquisa científica na instituição;

- Colaborar com atividades educacionais para profissionais em todos os níveis de formação (técnico, graduação, pós-graduação);

- Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações de enfermagem e da equipe multiprofissional;

- Desenvolver programas de assistência integral e continua aos pacientes e de orientação e atualização de conhecimento à sua equipe;

- Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde;

- Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;

- Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade da policlínica;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar na policlínica;

- Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

- Zelar pelas atividades privativas do Enfermeiro;

- Colaborar com a fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem – COREN, sempre que solicitado e, no encaminhamento do pessoal notificado para regularização junto a este Órgão;

- Conhecer e divulgar para sua equipe o Código de Ética do profissional de enfermagem;

- Atender sempre às convocações do COREN, no prazo determinado;

- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

- Manter contato com a Direção Médica da policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

- Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem.

Parágrafo Único – As atividades de Gerência Assistencial serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 13°. À Coordenação do Núcleo Interno de Agendamento (NIA) compete:

- Fortalecer o processo de agendamento da unidade;

- Atuar como interface entre as Centrais de Regulação (CR);

- Interagir com as equipes da unidade e das CR para a resolução de situações não previstas na pactuação;

- Informar regularmente às CR as atualizações do cadastro da instituição (CNES);

- Disponibilizar o mapa de atendimentos ambulatoriais e agendamento de exames as CR, contribuindo para a redução do tempo de espera e submarcação de consulta;

- Centralizar o trabalho do agendamento no nível institucional;

- Qualificar a informação gerencial ambulatorial;

- Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins realização de consultas e exames;

- Fornecer subsídios para a Direção Médica para o adequado gerenciamento das agendas;

- Sinalizar para a Direção e para as CR as contingências locais que possam comprometer o agendamento;

- Acompanhar indicadores gerenciais;

- Monitorar o censo diário;

- Monitorar motivos de retardo no agendamento de consultas e exames;

- Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de produtividade e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;

- Avaliação dos resultados e busca por melhorias.

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

Artigo 14°. A Coordenação de Enfermagem compete:

- Realizar o monitoramento dos indicadores da assistência de Enfermagem;

- Realizar o gerenciamento da Comissão de Enfermagem;

- Monitorar e intervir quando necessário, na escala de atividades do corpo de enfermagem;

- Emitir parecer sobre assuntos relativos à Assistência de Enfermagem;

- Gerar os números para os indicadores de desempenho e qualidade;

- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;

- Coordenar o processo de trabalho da Enfermagem com o objetivo de garantir indicadores básicos de qualidade nos setores assistenciais;

- Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse da Unidade;

- Cooperar com a Diretoria da Unidade e assessorá-las nos assuntos de sua competência;

- Estabelecer comunicação com a equipe Médica e Administrativa, para acerto de situações que se revelem necessárias;

- Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;

- Efetuar a avaliação de desempenho dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, de acordo com a legislação e orientações da Instituição;

- Acompanhar as atividades junto à Educação Permanente;

- Validar escalas de folgas e férias, garantindo o dimensionamento correto da equipe;

- Auxiliar o RH nas auditorias periódicas aos registros de enfermagem;

- Fornecer relatórios e documentações sempre que solicitado pela Gerência Assistencial e Diretoria da Unidade;

- Realizar as atividades de área/setor, seguindo as determinações do gestor imediato e padronizações da Instituição;

- Acompanhar junto ao gestor imediato e Administração de Pessoal, a situação de cada profissional da equipe junto ao Conselho Regional de Enfermagem;

- Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades garantindo o desenvolvimento e avaliação de eficácia de todos os processos referentes à Assistência de Enfermagem;

- Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade.

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

Artigo. 15º. À Coordenação da Equipe Multiprofissional compete:

- Coordenar, planejar, supervisionar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades administrativas da área de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Serviço Social, visando um melhor nível de assistência e à adequada ao atendimento ambulatorial;

- Garantir assistência dos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Serviço Social aos pacientes em atendimento ambulatorial, através de atendimento humanizado e de qualidade aos usuários, contribuindo de maneira interdisciplinar para com todas as outras equipes;

- Prestar assistência conforme legislação vigente no âmbito do exercício profissional e código de ética;

- Realizar o monitoramento dos indicadores da Assistência Multiprofissional;

- Emitir parecer sobre assuntos relativos à Assistência;

- Gerar os números para os indicadores de desempenho e qualidade;

- Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse da Unidade;

- Cooperar com as Diretorias da Unidade e assessorá-las nos assuntos de sua competência;

- Estabelecer comunicação com a equipe Médica e administrativa, para alinhamento de situações que se revelem necessárias;

- Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;

- Efetuar a avaliação de desempenho da equipe multiprofissional de acordo com a legislação e orientações da Instituição;

- Acompanhar as atividades junto à Educação Permanente;

- Validar escalas de folgas e férias, garantindo o dimensionamento correto da equipe;

- Acompanhar junto ao Gestor imediato e departamento de Recursos Humanos a situação de cada profissional da equipe aos seus respectivos conselhos de classe;

- Fazer registro diário dos serviços prestados;

- Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar na policlínica;

- Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

- Defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais na policlínica, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

- 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 dos Serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Serviço Social serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas de cada serviço.

Artigo 16°. À Fisioterapia compete:

- Elaborar, coordenar e supervisionar o plano de trabalho emanado das diretrizes estratégicas para as atividades de assistência, ensino e pesquisa, definindo prioridades de acordo com os objetivos pré-definidos, em consonância com as políticas internas e externas;

- Alocar recursos necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;

- Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo a implementação de alterações de rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;

- Promover programas que assegurem a melhoria da capacitação e aperfeiçoamento técnico-profissional do corpo funcional;

- Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;

- Organizar e acompanhar, por meio de assessoria especifica, o desenvolvimento das atividades relacionadas a programas de gestão da qualidade;

- Realizar avaliações periódicas dos indicadores de processos, garantindo a melhoria contínua das atividades desenvolvidas na Unidade de Fisioterapia;

- Incentivar a elaboração de projetos técnico-científicos, visando ao aprimoramento em sua área de atuação;

- Elaborar e organizar programas de divulgação das práticas assistenciais e do conhecimento técnico-científico à comunidade externa;

- Garantir o cumprimento das diretrizes, normas, padrões e procedimentos em alinhamento com a Coordenação multiprofissional;

- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

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

Artigo 17°. À Fonoaudiologia compete:

- Executar as ações definidas nas reuniões e orientadas pela Coordenação Multidisciplinar;

- Divulgar, orientar e implantar as mudanças de rotina às equipes sob sua liderança;

- Descrever e revisar os processos e fluxos na assistência, em busca da qualidade do serviço e redução dos riscos aos empregados públicos, servidores, funcionários, alunos e pacientes;

- Identificar e classificar os riscos das atividades da Área de Fonoaudiologia, as ações de tratamento, conforme o impacto previsto;

- Analisar, periodicamente, por meio de indicadores de processos e resultados, as atividades de assistência, pesquisa e ensino das áreas de Ambulatório;

- Enviar relatórios periódicos de indicadores ao Coordenação Multidisciplinar;

- Informar e relatar formalmente à Coordenação, quando solicitado, esclarecimentos de ordem técnica e/ou administrativa relativos às atividades nas áreas de Ambulatório sob sua liderança;

- Promover reuniões periódicas com as equipes para detecção das necessidades e definir ações para a resolução rápida de problemas;

- Comunicar à Coordenação sobre a situação de infraestrutura da sua Área e controlar a correção dos problemas detectados;

- Garantir que o prontuário do paciente seja preenchido de forma completa e acessível para consulta e verificações;

- Adequar a oferta de atendimento ambulatorial à capacidade do serviço e necessidade de ensino;

- Garantir o tratamento com cordialidade e respeito entre os colegas do Corpo Clínico, bem como entre os membros da equipe multiprofissional, empregados públicos, servidores, funcionários, alunos e demais profissionais;

- Planejar e integrar as atividades da Unidade alinhadas às necessidades;

- Fazer a gestão da utilização dos serviços técnicos e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis;

- Avaliar as necessidades assistenciais fonoaudiológicas das áreas de Ambulatório;

- Participar da elaboração dos planos e programas, bem como implantá-los;

- Identificar problemas e propor soluções de ordem técnica da sua Área;

- Executar a gestão de inovações no âmbito da Fonoaudiologia nas áreas de Ambulatório;

- Executar a gestão por processos na sua área de atuação;

- Elaborar plano de contingência para situações de emergência que afetem as áreas de Ambulatório;

- Participar da consultoria, auditoria e emissão de parecer na compra de materiais e equipamentos dentro dos padrões institucionais;

- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

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

Artigo 18°. À Psicologia compete:

- Elaborar plano de trabalho anual, definindo prioridades de acordo com os objetivos preestabelecidos pela alçada superior e política vigente na instituição;

- Organizar e acompanhar o desenvolvimento das atividades específicas de sua Unidade, assegurando o cumprimento das diretrizes estabelecidas e propondo soluções para as dificuldades encontradas;

- Organizar e acompanhar por meio de assessoria específica o desenvolvimento das atividades relacionadas a programas de gestão da qualidade;

- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Coordenação Multidisciplinar;

- Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo alteração das rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;

- Garantir a emissão de relatórios de produção para uso institucional;

- Alocar recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;

- Coordenar e supervisionar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Unidade, distribuindo tarefas de acordo com a demanda;

- Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;

- Coordenar e supervisionar o treinamento de empregados públicos, servidores, funcionários e estagiários;

- Avaliar os resultados do treinamento, propondo reciclagens, aprimoramentos e programas de desenvolvimento para os profissionais psicólogos, visando à atualização de conhecimentos frente às novas demandas (técnicas e/ou administrativas) que surgem, a favor da qualidade dos serviços prestados;

- Elaborar projetos técnico-científicos dentro da Unidade específica de conhecimento, bem como integrado com as demais unidades/divisões, visando ao aprimoramento em sua unidade de atuação;

- Monitorar e realizar avaliações periódicas dos indicadores de processos e de resultados e realizar os ajustes necessários, garantindo a melhoria contínua do atendimento prestado à comunidade, bem como o cumprimento de metas estabelecidas pela Unidade;

- Participar dos projetos de pesquisa, dando suporte técnico e científico;

- Manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com as rotinas estabelecidas;

- Participar de programas de saúde da instituição e da comunidade;

- Analisar e comunicar aos órgãos competentes os problemas de relacionamento dos empregados públicos, servidores e funcionários com os pacientes, nas várias áreas de trabalho;

Sugerir a Coordenação Multiprofissional medidas que visem à melhoria do padrão de atendimento dos pacientes e familiares;

- Estabelecer e observar normas para a utilização da Unidade de Psicologia como campo de ensino;

- Desenvolver atividades de ensino na Unidade, junto a outras estruturas organizacionais;

- Gerenciar o rol de programas de educação continuada, aprimoramento e especialização, seus conteúdos programáticos e carga horária;

- Interagir, providenciar e acompanhar todos os quesitos e solicitações oriundas da Escola de Educação Permanente, bem como da Gerência de Ensino e Pesquisa;

- Responder pelas ações administrativas que garantam a qualidade e a continuidade tanto de ensino quanto das pesquisas em andamento;

- Coordenar e distribuir as ações referentes às atividades dos brinquedistas, tanto na brinquedoteca quanto junto aos leitos;

- Organizar a estrutura funcional da Unidade;

- Estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra;

- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Parágrafo Único – As atividades da Psicologia serão

disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 19º. À Terapia Ocupacional compete:

- Elaborar plano de trabalho anual, definindo prioridades de acordo com os objetivos preestabelecidos pela alçada superior e política vigente na instituição;

- Organizar e acompanhar o desenvolvimento das atividades específicas de sua Unidade, assegurando o cumprimento das diretrizes estabelecidas e propondo soluções para as dificuldades encontradas;

- Organizar e acompanhar por meio de assessoria específica o desenvolvimento das atividades relacionadas a programas de gestão da qualidade;

- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Coordenação Multidisciplinar;

- Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo alteração das rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;

- Garantir a emissão de relatórios de produção para uso institucional;

- Alocar recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;

- Coordenar e supervisionar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Unidade, distribuindo tarefas de acordo com a demanda;

- Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;

- Coordenar e supervisionar o treinamento de empregados públicos, servidores, funcionários e estagiários;

- Avaliar os resultados do treinamento, propondo reciclagens, aprimoramentos e programas de desenvolvimento para os profissionais psicólogos, visando à atualização de conhecimentos frente às novas demandas (técnicas e/ou administrativas) que surgem, a favor da qualidade dos serviços prestados;

- Elaborar projetos técnico-científicos dentro da Unidade específica de conhecimento, bem como integrado com as demais unidades/divisões, visando ao aprimoramento em sua unidade de atuação;

- Monitorar e realizar avaliações periódicas dos indicadores de processos e de resultados e realizar os ajustes necessários, garantindo a melhoria contínua do atendimento prestado à comunidade, bem como o cumprimento de metas estabelecidas pela Unidade;

- Participar dos projetos de pesquisa, dando suporte técnico e científico;

- Manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com as rotinas estabelecidas;

- Participar de programas de saúde da instituição e da comunidade;

- Analisar e comunicar aos órgãos competentes os problemas de relacionamento dos empregados públicos, servidores e funcionários com os pacientes, nas várias áreas de trabalho;

- Sugerir aos Diretoria de Corpo Clínico medidas que visem à melhoria do padrão de atendimento dos pacientes e familiares;

- Estabelecer e observar normas para a utilização da Unidade de Psicologia como campo de ensino;

- Desenvolver atividades de ensino na Unidade, junto a outras estruturas organizacionais;

- Gerenciar o rol de programas de educação continuada, aprimoramento e especialização, seus conteúdos programáticos e carga horária;

- Interagir, providenciar e acompanhar todos os quesitos e solicitações oriundas da Escola de Educação Permanente, bem como da Gerência de Ensino e Pesquisa;

- Responder pelas ações administrativas que garantam a qualidade e a continuidade tanto de ensino quanto das pesquisas em andamento;

- Coordenar e distribuir as ações referentes às atividades dos brinquedistas, tanto na brinquedoteca quanto junto aos leitos;

- Organizar a estrutura funcional da Unidade;

- Estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessária;

- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

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

Artigo 20°. À Nutrição compete:

- Definir protocolos de triagem, avaliação e acompanhamento nutricional, específicos para a sua Área em conjunto com o líder da Unidade de Nutrição e a Equipe Multiprofissional;

- Acompanhar a prescrição dietética da equipe com base nas diretrizes estabelecidas nos Manuais de Boas Práticas em Nutrição Clínica da Unidade de Nutrição e Dietética;

- Padronizar e gerenciar o uso de indicadores de qualidade específicos em terapia nutricional;

- Promover, por meio de programas de educação continuada, a atualização de conhecimentos técnicos e científicos relacionados à nutrição clínica em cardiologia e pneumologia de sua equipe;

- Estabelecer auditorias periódicas, em conjunto com o Líder da Área de Segurança Alimentar e Líder da Unidade de Nutrição, para verificar o cumprimento do programa de terapia nutricional estabelecido para a sua Área, bem como das metas e da satisfação do paciente e do ambulatório especializado;

- Planejar e orientar realização de trabalhos técnico-científicos, específicos de sua equipe ou em conjunto com a equipe multiprofissional e multidisciplinar, visando à melhoria da assistência prestada aos pacientes;

- Orientar residentes dos Programas de Residência da área profissional em Nutrição durante a atuação dos mesmos em suas unidades de internação e ambulatório especializado, se aplicável;

- Colaborar com o Líder da Unidade de Nutrição e com o Líder da Área de Segurança Alimentar nos programas de educação para o público em geral, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças cardiovasculares e pulmonares;

- Planejar, coordenar e orientar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Área;

- Participar dos processos seletivos para preenchimento de vagas da Unidade de Nutrição e Dietética;

- Avaliar o desempenho, realizar reuniões periódicas e incentivar o desenvolvimento profissional dos funcionários da Área;

- Providenciar consertos e reposições de equipamentos, utensílios e mobiliários e reparos nas instalações da Área, bem como observar e orientar medidas de segurança no trabalho;

- Monitorar os indicadores de processos e de resultados e propor planos de ações para que a Área atinja as metas estabelecidas pela Unidade;

- Participar da revisão dos manuais de Organização, de Boas Práticas e de Nutrição Clínica da Unidade;

- Buscar atualização constante na área científica e tecnológica, bem como nos aspectos relativos à gestão de pessoas e de processos;

- Planejar, orientar e realizar trabalhos técnico-científicos e de pesquisa aplicada à Área;

- Colaborar no planejamento de programas de ensino e supervisão de alunos e profissionais dos programas de estágios, cursos de especialização e de residência para graduandos ou graduados em Nutrição, se aplicável;

- Colaborar na execução de eventos e nas publicações destinadas ao público em geral sobre promoção da saúde e prevenção de doenças;

- Prestar serviços de auditoria, consultoria e de assessoria nas áreas de sua atuação;

- Interagir com os demais líderes de áreas e supervisor de unidade para o bom desenvolvimento dos trabalhos e solução de intercorrências;

- Participar de comissões e grupos de trabalhos relacionados às suas áreas de atuação;

- Elaborar as escalas de trabalho da equipe;

- Planejar e ministrar disciplinas específicas de nutrição clínica dos programas de aprimoramento e residência multiprofissional e uniprofissional, se aplicável;

- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

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

Artigo. 21°. Ao Serviço Social compete:

- Coordenar, planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do serviço social;

- Fazer registro diário dos serviços prestados;

- Defender a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais da policlínica;

- Democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis na policlínica e na rede;

- Atuar de forma integrada com as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades sociais dos pacientes;

- Participar dos programas de saúde desenvolvidos na policlínica;

- Trabalhar a situação socioeconômica e cultural dos pacientes, relacionada ao processo saúde-doença;

- Participar de programas de atualização, aperfeiçoamento profissional, capacitação e desenvolvimento em Serviço Social;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar na policlínica;

- Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

- Promover a participação do paciente na assistência ambulatorial;

- Promover educação em saúde na policlínica;

- Manter contato com as Gerência e Coordenação Multiprofissional da policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar na policlínica;

- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

- 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.

Artigo. 22º. À Gerência de SADT compete

- Supervisionar todas as atividades médicas e multiprofissional, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do setor;

- Acompanhar a prestação de serviços terceiros, se houver;

- Analisar e conferir todos os dados estatísticos apurados;

- Coordenar no que lhe couber a assistência multiprofissional prestada aos pacientes;

- Propor e avaliar medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-ambulatorial, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar na policlínica;

- Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades administrativas de sua área;

- Manter contato com a Gerência Administrativa, e Assistencial da policlinica objetivando a eficiência assistencial, administrativa e logistica dos serviços ambulatoriais;

- Responder pela supervisão administrativa da unidade e garantir o bom funcionamento da policlinica, fundamentada na eficácia e qualidade dos serviços prestados;

- Supervisionar todo o processo da cadeia de logística de forma a garantir alternativas que melhorem a relação de custo-benefício em todas as etapas dos processos;

- Assegurar a produtividade das equipes, controle do desperdício, resultados coletivos e indicadores da área de atuação;

- Supervisionar as ações do programa de qualidade e melhoria continua dos processos e resultados da área de atuação;

- Garantir a entrega das informações que farão composição da prestação de contas mensal;

- Elaborar e supervisionar relatórios com indicadores gerenciais setoriais e avaliação de desempenho;

- Manter a guarda e sigilo sobre o conteúdo dos prontuários e demais documentos da instituição;

- Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem essa providência;

- Manter o regimento dos serviços administrativos e técnicos atualizados;

- 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;

- Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

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

Artigo. 23°. Ao setor de Imagem compete:

- Coordenar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades realizada pelos serviços de apoio ao diagnóstico por imagem, visando uma melhor qualidade dos exames complementares realizados;

- Comunicar imediatamente ao setor solicitante resultados de exames que apontam para uma condição clínica que necessite de uma intervenção especializada imediata;

- Realizar todos os exames para pacientes desde que prescritos na policlínica ou que tenham sido demandados pelo Complexo Regulador;

- Integrar-se com os profissionais das outras especialidades médicas para a elucidação eficiente dos diagnósticos;

- Fazer registro diário dos serviços prestados a cada setor da policlínica;

- Fazer o lançamento diário dos laudos e resultados de exames no software oficial da policlínica;

- Manter contato com a Diretoria Médica da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar na policlínica;

- Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

- 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 Imagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 24°. Ao CEO compete:

- Definir protocolos de triagem, avaliação e acompanhamento odontológico;

- Padronizar e gerenciar o uso de indicadores de qualidade específicos em odontologia;

- Promover, por meio de programas de educação continuada, a atualização de conhecimentos técnicos e científicos relacionados odontologia a sua equipe;

- Estabelecer auditorias periódicas, para verificar o cumprimento do programa de assistência odontológica estabelecido para a sua área, bem como das metas e da satisfação do paciente e do ambulatório especializado;

- Planejar e orientar realização de trabalhos técnico-científicos, específicos de sua equipe ou em conjunto com a equipe multiprofissional e multidisciplinar, visando à melhoria da assistência prestada aos pacientes;

- Orientar residentes dos Programas de Residência da área profissional em Odontologia durante a atuação dos mesmos em suas unidades de internação e ambulatório especializado, se aplicável;

- Planejar, coordenar e orientar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Área;

- Participar dos processos seletivos para preenchimento de vagas da Unidade de Odontologia;

- Avaliar o desempenho, realizar reuniões periódicas e incentivar o desenvolvimento profissional dos funcionários da Área;

- Providenciar consertos e reposições de equipamentos, utensílios e mobiliários e reparos nas instalações da Área, bem como observar e orientar medidas de segurança no trabalho;

- Monitorar os indicadores de processos e de resultados e propor planos de ações para que a Área atinja as metas estabelecidas pela Unidade;

- Buscar atualização constante na área científica e tecnológica, bem como nos aspectos relativos à gestão de pessoas e de processos;

- Planejar, orientar e realizar trabalhos técnico-científicos e de pesquisa aplicada à Área;

- Colaborar no planejamento de programas de ensino e supervisão de alunos e profissionais dos programas de estágios, cursos de especialização e de residência para graduandos ou graduados em Odontologia, se aplicável;

- Colaborar na execução de eventos e nas publicações destinadas ao público em geral sobre promoção da saúde e prevenção de doenças;

- Participar de comissões e grupos de trabalhos relacionados às suas áreas de atuação;

- Elaborar as escalas de trabalho da equipe;

- Planejar e ministrar disciplinas especificas de odontologia dos programas de aprimoramento e residência multiprofissional e uniprofissional, se aplicável;

- Desenvolver Programas de Atenção em Saúde Bucal, voltada a Saúde Coletiva e Pessoa com Deficiência;

- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

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

Artigo. 25°. À Unidade de Ambulatório de Especialidades compete:

- Cumprir e fazer cumprir o regimento da policlínica e as determinações da Direção Médica da policlínica;

- Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do ambulatório;

- Monitorar diariamente o tempo de espera de consultas, propor medidas e intervenções para o que a jornada do paciente no ambulatório não ultrapasse de 60 minutos entre seu registro, atendimento e liberação, exceto nos casos que tecnicamente justifique tal prolongamento de tempo;

- Monitorar diariamente o nível de satisfação do usuário com os serviços prestados;

- 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;

- Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do ambulatório para os pacientes de demanda agenda;

- Proporcionar ao SAME, através do registro das atividades, condições de coletar dados para fins de estatística, jurídicos e outros;

- Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;

- Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar na policlínica;

- Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

- Manter contato com a Direção Médica da policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

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

Artigo 26º. Ao Laboratório compete:

- Realizar análises físico-químicas, microbiológicas e parasitológicas;

- Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional;

- Verificar as condições de operação dos equipamentos do laboratório para a realização dos exames clínicos;

- Efetuar controles internos utilizando-se de parâmetros para mensurar a precisão ou tolerância aceitável para os resultados;

- Registrar as marcações obtidas para garantia do controle de qualidade ou análise das tendências de marcação para prever a necessidade de manutenção;

- Manter estrutura funcional organizada, assim como lâminas, reagentes, material de laboratório, instrumentos de análise, bem como cuidar da ordem e limpeza do ambiente de trabalho;

- Executar as análises clínicas das amostras recebidas (sangue, urina, fezes, secreções etc.) utilizando-se de material, soluções, instrumentos e equipamentos específicos;

- Avaliar os resultados dentro de padrões estabelecidos e realizar a confecção dos laudos;

- Proceder coleta de amostras e dados em laboratórios ou em atividades de campo relativas a uma pesquisa;

- Proceder à análise de materiais em geral utilizando métodos físicos, químicos, físico-químicos e bioquímicos para se identificar qualitativo e quantitativamente os componentes desse material, utilizando metodologia prescrita;

- Alocar recursos necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;

- Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo a implementação de alterações de rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;

- Promover programas que assegurem a melhoria da capacitação e aperfeiçoamento técnico-profissional do corpo funcional;

- Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;

- Realizar avaliações periódicas dos indicadores de processos, garantindo a melhoria contínua das atividades desenvolvidas na Unidade de Análises Clínicas;

- Incentivar a elaboração de projetos técnico-científicos, visando ao aprimoramento em sua área de atuação;

- Elaborar e organizar programas de divulgação das práticas assistenciais e do conhecimento técnico-científico à comunidade externa;

- Garantir o cumprimento das diretrizes, normas, padrões e procedimentos em alinhamento com a Coordenação de enfermagem;

- Preparar periodicamente mapas e quadros demonstrativos sobre a movimentação da área;

- Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

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

Artigo. 27°. Às Especialidades Médicas compete:

- Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Médica da Policlínica;

- Zelar pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;

- Prestar atendimento no campo de suas competências, seguindo os preceitos ético e moral da profissão;

- Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-ambulatorial nos setores;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar na policlínica;

- Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

- Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

- Manter contato com a Direção Médica da policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

- Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina.

Parágrafo Único – As atividades das Especialidades Médicas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 28°. Ao Serviço de Controle de Infecção compete:

- Cumprir e fazer cumprir as normativas da portaria 2.616 do MS;

- Elaborar, implementar, manter e avaliar o programa de controle de infeção relacionada a assistência conforme características e particularidades da policlínica;

- Assessorar a autoridade máxima da policlínica no que tange ao controle das infecções relacionadas a assistência à saúde;

- Elaborar, implementar, manter, executar e avaliar as ações de prevenção e controle das infecções relacionadas a assistência ambulatorial;

- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos sempre que indicado;

- Implementar o uso racional de antimicrobianos e de soluções germicidas e materiais médicos-hospitalares;

- Auxiliar a Diretoria Médica no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com o controle e/ou combate à infecção relacionada a assistência ambulatorial;

- Verificar, do ponto de vista preventivo, os ambientes e as condições de trabalho na policlínica;

- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o controle da infecção relacionadas a assistência, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

- Elaborar o regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

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

Artigo. 29°. À Epidemiologia 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 policlínica;

- Investigar e Notificar doenças de notificação compulsória (Imediata, semanal e negativa) conforme cada situação;

- Realizar vigilância sentinela, conforme norma técnica especifica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);

- Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde;

- Interagir com as equipes da unidade para a realização de busca ativa rotineiras de doenças ou agravos de notificação compulsória, com as respectivas classificações 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 médico 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.

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

Artigo. 30°. Ao SESMT compete:

- Gerir equipe de saúde ocupacional corporativa;

- Definir, implementar, acompanhar os programas de saúde ocupacional e qualidade de vida, além de ações e campanhas orientadas e preventivas em conjunto com a equipe de segurança do trabalho, de remuneração e benefícios;

- Elaborar e acompanhar relatórios gerenciais considerando visão integrada de saúde ocupacional e qualidade de vida;

- Atender as necessidades de reabilitação ocupacional;

- Responsável pela padronização dos programas legais, laudos técnicos e diretrizes corporativas (desdobramentos técnicos e legais, PCMSO, PPRA, PPR, PCA, LTCAT, LRA, LI, investigação de casos suspeitos de doença ocupacional, restrições médicas, reabilitação profissional, afastamento e INSS);

- Definir matriz de capacitação relacionada a área de saúde ocupacional para os integrantes da equipe de SST e para líderes e empregados;

- Inspecionar as áreas de trabalho, visando à detecção de locais insalubres e/ou inseguros de modo a eliminar os riscos;

- Analisar e gerenciar os relatórios e prontuários médicos buscando oportunidades de melhoria no processo de gestão de saúde ocupacional;

- Atuar como coordenador de saúde ocupacional, quando necessário e legalmente aplicável, coordenando o PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional de acordo com a NR-7;

- Realizar visitas aos funcionários internados, sempre que necessário, para acompanhar evolução do caso;

- Gerir os contratos corporativos de saúde ocupacional acompanhando, propondo ajustes e gerenciando os resultados dos serviços prestados com objetivo de melhoria contínua, gestão dos recursos humanos e financeiros para contribuir com a redução dos custos;

- Gestão do sistema de gerenciamento de saúde ocupacional;

- Propor, gerenciar e reportar indicadores que demonstram a gestão proativa em saúde por meio de acompanhamento, comunicação, monitoramento;

- Cumprir as políticas, normas e procedimentos estabelecidos, mantendo um comportamento responsável, visando

alcançar o alto desempenho em qualidade, meio ambiente, saúde e segurança do trabalho;

- Participação na gestão do projeto para atendimento ao e-Social;

- Gestão das ações de SST para o projeto de implantação do atendimento do E-Social;

- Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

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

CAPÍTULO V. DO FUNCIONAMENTO

Artigo. 31º A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, será orientado pelas normativas elaboradas pela equipe de gestão do IMED, pelo presente Regimento Interno, pela Legislação Brasileira e em estrita observância aos princípios éticos e morais. Este Regimento representa a estrutura de funcionamento das Unidades e serviços que a policlínica e traz, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e institui as normas gerais de funcionamento do serviço.

Parágrafo Único – A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa tem suas atividades organizadas e distribuídas em unidades produtivas de serviços especializados, cada unidade é gerenciada pelo seu gestor, conforme pontuadas nas atribuições e competências determinadas no presente regimento, em consonância das normas emanadas da Constituição Federal, lei 8.080, normas do CFM - Conselho Federal de Medicina, e todas normativas pertinentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) e em especial o contrato de gestão firmado entre o IMED e a SES-GO.

CAPÍTULO VI. DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo. 32º. São atribuições do Diretor Médico:

- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Técnicos Assistenciais no âmbito da área médica,

cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da policlínica;

- Despachar com o Diretor Médico;

- Baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;

- Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

- Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

- Consultar e propor ao Diretor Médico penas disciplinares aos profissionais;

- Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;

- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for ocaso;

- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina – CRM quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o médico responsável pelas suas omissões;

- Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Médico;

- Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;

- Requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Artigo. 33°. São atribuições do Gerente Administrativo:

- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Administrativos, Logísticos e de apoio assistenciais,

cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da policlínica;

- Despachar com o Diretor Médico;

- Baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;

- Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

- Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

- Consultar e propor ao Diretor Médico penas disciplinares aos profissionais;

- Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua gerência;

- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for ocaso;

- Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Médico;

- Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;

- Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Médica.

Artigo. 34°. São atribuições do Gerente Assistencial:

- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços de Enfermagem e Multiprofissional, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da policlínica;

- Despachar com o Diretor Médico;

- Baixar instruções de serviço para as Supervisões a ele subordinadas;

- Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

- Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

- Elogiar sempre que houver fato relevante que mereça elogio e quando necessário propor ao Diretor Médico penas disciplinares aos profissionais;

- Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua gerência;

- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

- 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;

- Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Médico;

- Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;

- Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Médica;

- Requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Artigo. 35°. São atribuições do Gerente de SADT:

- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços de Enfermagem e Multiprofissional, cumprindo e fazendo

cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da policlínica;

- Despachar com o Diretor Médico;

- Baixar instruções de serviço para as Supervisões a ele subordinadas;

- Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

- Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

- Elogiar sempre que houver fato relevante que mereça elogio e quando necessário propor ao Diretor Médico penas disciplinares aos profissionais;

- Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua gerência;

- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

- Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Médico;

- Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;

- Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Médica;

- Requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Artigo. 36°. São atribuições dos Coordenadores:

- 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 da policlínica;

- Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

- Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

- Zelar pela disciplina e fiscalizar as atividades sob sua responsabilidade;

- Organizar e submeter à aprovação do superior imediato a escala de férias dos profissionais;

- Propor medidas adequadas à boa execução dos serviços;

- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for ocaso;

- Propor ao superior imediato elogio ou aplicação de penalidade aos profissionais subordinados;

- Participar de reuniões promovidas pelo Diretor/Gerente/ Coordenador imediato;

- Promover reuniões com os seus colaboradores para apreciação de sugestões e aperfeiçoamento de métodos de trabalho;

- Coordenar / supervisionar o registro diário dos serviços prestados e elaborar relatório de suas atividades para apresentar ao Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;

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

Artigo. 37°. São deveres do profissional de qualquer categoria:

- Cumprir o horário e as obrigações contratuais e funcionais;

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

- Executar as tarefas que lhe forem determinadas;

- Tratar com humanidade os pacientes, colegas de trabalho e superiores hierárquicos, bem como as pessoas que procurem a policlínica, defendendo a observância dos Direitos e Deveres destes;

- Zelar pelo patrimônio da policlínica;

- Comunicar à chefia imediata irregularidades de serviços de que tiver conhecimento;

- Obedecer aos respectivos Códigos de Ética Profissional e normas gerais de boa convivência e respeito mútuo;

- Participar de comissões;

- Aguardar em serviço a chegada do substituto;

- Evitar a divulgação entre estranhos de assuntos internos dos serviços;

- Participar de reuniões, quando convocado;

- Executar as atribuições delegadas.

CAPÍTULO VII. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo. 38°. Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Médico. Caso seja necessário, pela natureza do caso omisso, serão ouvidas a Comissão de Ética Médica e/ou Comissão de Ética de Enfermagem ou outra comissão temporária definida para tal.

Artigo. 39°. Sempre que necessário este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e reformulado.

Artigo. 40°. Revogam-se as disposições em contrário.

CAPÍTULO VIII. HISTÓRICO DE REVISÕES

Emissão	Versão	Descrição das principais alterações
XX/XX/XX	XXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

1.1.2.3 – Proposta para Regimento Interno Do Serviço De Enfermagem

LOGO	**REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM**	Código: XXX-XXX -XXX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I – DOS OBJETIVOS

Artigo. 1º. O Serviço de Enfermagem da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa tem por objetivo prestar uma assistência com qualidade, isenta de riscos ao cliente/paciente, atuando em consonância com a Missão e Valores institucionais, fundamentada pela Lei do Exercício Profissional (Decreto nº 94.406 de 08/06/1987) e do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem (Resolução COFEN nº 564/2017) e assim assinalando as demais Instruções e Legislação emanada dos Conselhos Regional e Federal de Enfermagem.

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES

Artigo. 2º. O serviço de enfermagem tem por finalidade:

I- Promoção da saúde e prevenção de doenças;

II- Atendimento humanizado e integral;

III- Respeito ao paciente, família e profissionais;

IV- Trabalho multiprofissional, respeitando o modelo de gestão e atenção;

V- Incentivo ao desenvolvimento pessoal através de capacitações e estímulo ao trabalho em equipe;

VI- Promoção da interação de ensino/pesquisa/assistência;

VII- Estimular e promover o trabalho atendendo aos conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade;

VIII- Prestar assistência de enfermagem necessária à promoção,

proteção, recuperação e reabilitação nos três níveis de atenção à saúde em todas as linhas de cuidado, baseada no conhecimento, habilidade e atitudes ética humanizadas e resolutiva.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Artigo. 3° O serviço de Enfermagem é representado pela equipe de Enfermagem e subordinado à Gerência Assistencial.

a) A estrutura da Enfermagem na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa é representada pelo organograma a seguir.



b) O quadro funcional do Serviço de Enfermagem possui as seguintes funções:

I- Gerência Assistencial

II- Coordenação de Enfermagem;

III- Coordenação do Núcleo Interno de Agendamento (NIA);

IV- Enfermeiro Assistencial;

V- Enfermeiro da Central de Material Esterilizado;

VI- Enfermeiro especialista em Nefrologia;

VII-Técnicos de Enfermagem.

O responsável técnico é representado pela Gerência assistencial.

CAPÍTULO IV – DA COMPETÊNCIA

Artigo. 4º. São competências para a Gerência Assistencial: Orientação para resultados; Foco no cliente; Relacionamento Interpessoal e Comunicação; Gestão de Equipe; Liderança; Planejamento; Visão de Negócio e Visão Sistêmica; Prevenção e solução de problemas; Negociação; Resiliência; Criatividade; Iniciativa; Segurança na tomada de decisão.

Artigo. 5º. São competências para o Coordenadores: Orientação para resultados; Foco no Cliente; Relacionamento Interpessoal e Comunicação; Gestão de Equipe; Liderança; Planejamento; Visão Sistêmica dos serviços do SUS; Solução de problemas; Negociação; Iniciativa; Organização; Resiliência; Criatividade; Segurança na tomada de decisão; Comprometimento com o projeto institucional.

Artigo. 6º. São competências para o Enfermeiro Assistencial, indiferente de sua área de especialização: Liderança; Trabalho em equipe; Flexibilidade; Comprometimento com o projeto institucional.

Artigo. 7º. São competências para o Técnico de Enfermagem: Responsabilidade; Atitude Ética; Comunicação; Trabalho em equipe; Comprometimento com o projeto institucional.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Artigo. 8º. O Serviço de Enfermagem da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa manterá plantão durante 12 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes:

- Horário de Trabalho ou Serviço Diurno (SD): 07h às 19h, em dias alternados.

Artigo. 9º. O Serviço de Enfermagem da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, obedecerá aos seguintes turnos de trabalho:

- Unidade de ambulatório: 07h às 19 (segunda a sexta-feira).

Parágrafo Único. O horário de trabalho nas unidades administrativas poderá variar de acordo com a necessidade do serviço.

Artigo. 10º. Todo trabalhador do Serviço de Enfermagem deverá se apresentar ao trabalho devidamente trajado e no horário determinado em escala: jaleco; roupas brancas, não transparentes, não apertadas; sapato fechado; cabelos presos; unhas curtas e sem adornos.

Artigo. 11º. O funcionário poderá prorrogar o seu plantão, em casos de situação extraordinária, sendo autorizada somente pela Gerência Assistencial ou Coordenador de Enfermagem.

CAPÍTULO VI- DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo. 12º. São atribuições da Gerência Assistencial

I- Ter como norma o Código de Ética profissional do COREN;

II- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços de Enfermagem, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da Policlínica;

III- Assumir a responsabilidade técnica do Serviço de Enfermagem junto aos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e demais entidades reguladoras de saúde;

IV- Dimensionar o quadro de profissionais de enfermagem e solicitar o provimento nas vagas das unidades de trabalho, conforme Resolução COFEN nº543/2017;

V- Despachar com o Diretor Médico;

VI- Elaborar e executar o Planejamento Estratégico anual de enfermagem alinhado ao planejamento da Instituição;

VII- Realizar diagnóstico, planejar e avaliar resultados das ações pertinentes a enfermagem;

VIII- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;

IX- Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse da instituição;

X- Cooperar com as demais Diretorias da Instituição e assessorá-las nos assuntos de sua competência;

XI- Convocar e participar nas reuniões com os coordenadores de enfermagem;

XII- Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;

XIII- Efetuar a avaliação de desempenho do coordenador de enfermagem, de acordo com a legislação e orientações da instituição;

XIV- Estabelecer as diretrizes da assistência de enfermagem de acordo com a missão, visão e valores da instituição;

XV- Assegurar a prestação da assistência de enfermagem em todas as áreas de atendimento da Instituição em quantidade e qualidade, garantindo sua efetividade;

XVI- Gerenciar as atividades técnicas, administrativas, de ensino e pesquisa junto a Educação Permanente e Desenvolvimento, em consonância com a Diretoria Médica da Instituição;

XVII- Acompanhar os trabalhos da Comissão de Ética em Enfermagem, tomando providências quando necessário sobre atitudes e comportamentos dos profissionais de enfermagem;

XVIII- Fazer cumprir a Lei do Exercício Profissional conforme Decreto nº 94.406 de 08/06/1987;

XIX- Fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem conforme Resolução COFEN nº 564/2017;

XX- Indicar os coordenadores de enfermagem como cargos de

confiança, respeitando o critério e requisitos específicos de cada cargo;

XXI- Assegurar a disponibilidade de serviços de enfermagem para todas as unidades da Instituição, bem como sua qualificação consoante aos objetivos e missão da Gerência Assistencial e em perfeita conformidade com o regulamento do exercício de enfermagem (COREN);

XXII- Estruturar, organizar e dirigir a Gerência Assistencial, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os processos de qualidade;

XXIII- Colaborar no planejamento dos objetivos, estratégias e políticas operacionais da Diretoria Médica;

XXIV- Elaborar, propor e executar o plano de atividades da sua área de responsabilidade, inclusive normas quando necessárias;

XXV- Aprovar os planos, dirigir e controlar as atividades das áreas subordinadas, o ambulatório, hemodiálise e CME;

XXVI- Zelar pelo patrimônio e imagem da Instituição;

XXVII- Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais;

XXVIII- Organizar, dirigir e supervisionar os cuidados de Enfermagem prestados pela Instituição, assegurando assistência contínua e eficiente aos pacientes;

XXIX- Propor adaptações e reformar de planta física que se façam necessárias para atender às necessidades técnicas;

XXX- Manter a Diretoria Médica informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com os cuidados prestados aos pacientes, bem como, dar sugestão das alterações em protocolos e manuais de Enfermagem;

XXXI- Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do

paciente, de seus familiares e da equipe de enfermagem;

XXXII- Apresentar relatórios mensais sobre as atividades realizadas e movimentos estatísticos;

XXXIII- Motivar a equipe a uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada;

XXXIV- Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe;

XXXV- Convocar e presidir reuniões com a equipe de enfermagem;

XXXVI- Manter uma integração com os demais serviços da Instituição para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente;

XXXVII- Monitorar os serviços das empresas terceirizadas, visando manter a qualidade do serviço;

XXXVIII- Estimular atividades de pesquisa científica na instituição;

XXXIX- Colaborar com atividades educacionais para profissionais em todos os níveis de formação (técnico, graduação, pós-graduação).

Artigo. 13º. São atribuições do Coordenador de Enfermagem:

I- Realizar o monitoramento dos indicadores da assistência de Enfermagem;

II- Realizar o gerenciamento da Comissão de Enfermagem;

III- Monitorar e intervir quando necessário, na escala de atividades do corpo de enfermagem;

IV- Emitir parecer sobre assuntos relativos à Assistência de Enfermagem;

V- Gerar os números para os indicadores de desempenho e qualidade;

VI- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;

VII- Coordenar o processo de trabalho da Enfermagem com o objetivo de garantir indicadores básicos de qualidade nos setores assistenciais;

VIII- Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse da Unidade;

IX- Cooperar com as demais gerências da unidade e assessorá-las nos assuntos de sua competência;

X- Estabelecer comunicação com a equipe Médica e Administrativa, para acerto de situações que se revelem necessárias;

XI- Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;

XII- Efetuar a avaliação de desempenho dos enfermeiros e supervisores, de acordo com a legislação e orientações da Instituição;

XIII- Acompanhar as atividades junto à Educação Permanente;

XIV- Validar escalas de folgas e férias, garantindo o dimensionamento correto da equipe;

XV- Auxiliar o RH nas auditorias periódicas aos registros de enfermagem;

XVI- Fornece relatórios e documentações sempre que solicitado pela Gerência Assistencial e Diretoria Médica da Unidade;

XVII- Realizar as atividades de área/setor, seguindo as determinações do Gestor imediato e padronizações da Instituição;

XVIII- Acompanhar junto ao gestor imediato e Administração de Pessoal, a situação de cada profissional da equipe junto ao Conselho Regional de Enfermagem;

XIX- Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades garantindo o desenvolvimento e avaliação de eficácia de todos os processos referentes à Assistência de Enfermagem;

XX- Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade.

Artigo. 14º. São atribuições do Coordenador do Núcleo Interno de Agendamento:

I- Fortalecer o processo de agendamento;

II- Atuar como interface entre as Centrais de Regulação (CR) e a referida instituição;

III- Interagir com as equipes da unidade e das CR para a resolução de situações não previstas na pactuação;

IV- Informar regularmente às CR as atualizações do cadastro da instituição (CNES);

V- Disponibilizar a situação das vagas para procedimentos ambulatoriais e complementares sob regulação em tempo real para as CR, contribuindo para a redução da sub realização de procedimentos em agenda;

VI- Centralizar o trabalho do agendamento no nível institucional;

VII- Qualificar a informação gerencial;

VIII- Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins de agendamento de procedimentos;

IX- Fornecer subsídios para a Gerência Assistencial e Direção Médica para o adequado gerenciamento de procedimentos;

X- Sinalizar para a Direção e para as CR as contingências locais que possam comprometer o agendamento;

XI- Acompanhar indicadores gerenciais;

XII- Monitorar o censo diário;

XIII- Monitorar motivos de retardo no agendamento de paciente e ocupação das vagas disponíveis;

XIV- Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;

XV- Avaliação dos resultados e busca por melhorias.

Artigo. 15°. São atribuições do Enfermeiro Assistencial:

I- Atender as normativas do Conselho Regional de Enfermagem;

II- Garantir o cumprimento das rotinas institucionais;

III- Acolher os pacientes de modo que sejam atendidos continuamente em suas necessidades;

IV- Prestar assistência a pacientes, desde sua admissão;

V- Assegurar a correta utilização dos equipamentos e acessórios disponíveis para o processo assistencial;

VI- Redigir relatório no livro de plantão;

VII- Elaborar escala de atividades, distribuir e acompanhar o cumprimento da mesma pela equipe de enfermagem;

VIII- Planejar e prover os recursos necessários para o desenvolvimento da Assistência de Enfermagem;

IX- Realizar os registros da Assistência de Enfermagem, conforme padrões da Instituição e a legislação em vigor;

X- Supervisionar o preenchimento de registros da Assistência de Enfermagem realizados pelos Técnicos de Enfermagem, conforme padrões da Instituição e a legislação em vigor;

XI- Supervisionar o preenchimento de registros da Assistência de Enfermagem realizados pelos Técnicos de Enfermagem, conforme

padrões da Instituição e a legislação em vigor;

XII- Realizar ações corretivas e educativas motivadas por não conformidades identificadas nos registros de assistência de enfermagem;

XIII- Supervisionar os procedimentos técnicos e assistenciais executados pelos Técnicos de Enfermagem;

XIV- Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades;

XV- Interagir com os diversos processos e serviços da unidade;

XVI- Realizar instalação de cateter nasogástrico e vesical;

XVII- Prestar cuidados de enfermagem em situações de urgência/ emergência, quando houver;

XVIII- Participar das reuniões setorial multiprofissional;

XIX- Preencher notificações de sua responsabilidade, segundo padronização da Coordenação de Vigilância Sanitária e Secretaria Estadual de Saúde;

XX- Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade;

XXI- Acompanhar menor desacompanhado em consulta ou designar o Técnico de Enfermagem para fazê-lo;

XXII- Supervisionar ou acompanhar a realização de procedimentos técnicos, enfocando segurança e diminuição de riscos de infecção;

XXIII- Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos pela Instituição;

XXIV- Receber e passar o plantão mantendo adequada comunicação entre as equipes, quando couber;

XXV- Elaborar escala de atividades, distribuir e acompanhar o

cumprimento da mesma pela equipe de enfermagem;

XXVI- Elaborar escala de folgas, conferir presença, faltas, atrasos e realocar os funcionários para atendimento onde for necessário;

XXVII- Avaliar periodicamente os funcionários de sua equipe;

XXVIII- Orientar e supervisionar o uso correto de materiais e equipamentos;

XXIX- Seguir normas relacionadas ao controle de infecção (lavagem das mãos, precauções padrão, contato, goticulas e aerossóis);

XXX- Cumprir e fazer cumprir normas e recomendações de Biossegurança, mantendo o ambiente seguro para o paciente e equipe multiprofissional;

XXXI- Supervisionar cumprimento de normas estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção colaborando para o controle de infecção;

XXXII- Participar de reuniões pertinentes à área, quando solicitado pelo Gestor;

XXXIII- Realizar as atividades de área/setor, seguindo as determinações do Gestor imediato e padronizações da Instituição;

XXXIV- Zelar pelo preenchimento e organização do prontuário do paciente;

XXXV- Facilitar e interagir com os processos da Gerência Assistencial e Coordenação de Enfermagem;

XXXVI- Promover a comunicação efetiva com os clientes internos e externos, participar da tomada de decisão e resolução de problemas relacionados à assistência.

Parágrafo Único – As atividades de Enfermagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas de cada setor de atuação.

Artigo. 16º. Compete ao Enfermeiro Nefrologista:

I- Planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem, em clientes submetidos ao tratamento dialítico com circulação extracorpórea, categorizando-o como um serviço de alta complexidade;

II- Ligar e desligar o sistema dialítico na presença e do médico nefrologista responsável pelo paciente.

III- Preparar e desconectar o sistema dialítico conforme protocolo previamente definido pelos responsáveis técnicos;

IV- Monitorar o procedimento dialítico instalado bem como atender as necessidades clínicas do paciente durante o procedimento de acordo com protocolo terapêutico previamente definido pelos responsáveis técnicos;

V- Elaborar protocolos terapêuticos de enfermagem para prevenção, tratamento e minimização de ocorrências adversas aos clientes submetidos ao tratamento dialítico com circulação extracorpórea;

VI- Realizar assistência baseada no Processo de Enfermagem direcionado a clientes em tratamento dialítico com circulação extracorpórea;

VII- Assistir de maneira integral aos clientes e suas famílias tendo como base o código de ética dos profissionais e a legislação vigente;

VIII- Cumprir e fazer cumprir as normas regulamentares e legislações pertinentes às áreas de atuação.

Artigo. 17º. Compete ao Enfermeiro da Central de Material Esterilizado:

I- Coordenar, planejar, supervisionar e avaliar o desenvolvimento das atividades de processamento dos artigos assistenciais executados pela equipe de enfermagem no CME;

II- Prever, requisitar e prover materiais necessários para as Unidades de Ambulatório, assistência e de nefrologia mantendo estoque para as emergências;

III- Coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem quanto ao processamento dos materiais;

IV- Supervisionar o controle de entrada e saída de material do CME para outros setores da policlínica;

V- Coordenar, planejar e executar treinamento com a equipe de Enfermagem em serviço e em processo de educação continuada;

VI- Desenvolver habilidades e competências técnico-científicos em conjunto com a equipe de enfermagem e incentivar e promover a pesquisa científica em seu campo de atuação;

VII- Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

VIII- Coordenar, supervisionar e controlar os processos de limpeza, desinfecção e esterilização executados pela equipe de enfermagem;

IX- Supervisionar a equipe pelo cumprimento das orientações quanto ao uso de EPI's e as normativas para dinâmica do serviço;

X- Orientar os profissionais sob sua supervisão quanto a importância de conhecer o protocolo de condutas quando do acidente com material biológico, do registro da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de acidente ocupacional;

XI- É vetado o uso de adornos durante qualquer procedimento de enfermagem na Central de Material e Esterilização;

XII- Utilizar-se da roupa privativa somente no setor.

Artigo. 18°. São atribuições do Técnico de Enfermagem:

I- Integrar a equipe de saúde, assegurando à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos

decorrentes de imperícia, negligência e imprudência;

II- Realizar anotações de enfermagem pontuais, em ordem cronológica e com letra legível, devidamente datada, carimbadas e assinadas;

III- Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos e auxiliar em procedimentos;

IV- Ministrar medicamentos por via oral, inalatória e parenteral, entre outras;

V- Realizar curativos conforme prescrição de enfermagem;

VI- Aplicar oxigenoterapia, nebulização e inalação;

VII- Pesar e medir o paciente;

VIII- Alimentar e/ ou auxiliar o paciente;

IX- Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente: banho de aspersão ou leito, higiene ocular, oral, íntima;

X- Realizar punção venosa (e/ou troca da fixação da mesma) identificando data da punção, atentando para sinais flogísticos;

XI- Colher material para exames laboratoriais e identificá-los corretamente;

XII- Realizar controle de sinais vitais, glicemia capilar e pressão venosa;

XIII- Prestar cuidados de enfermagem em situações de urgência/ emergência;

XIV- Prestar assistência a pacientes graves, desde sua admissão, e acompanhá-los em caso de remoção a outro serviço;

XV- Seguir normas relacionadas ao controle de infecção (lavagem das mãos, precauções padrão, contato, gotículas e aerossóis);

XVI- Zelar pela limpeza e ordem do material, dos equipamentos e

das dependências da unidade;

XVII- Participar da visita multiprofissional;

XVIII- Participar das reuniões setorial e das reuniões de equipe;

XIX- Participar nos programas de treinamentos e aprimoramento profissional desenvolvidos na unidade e/ ou instituição;

XX- Participação das reuniões de Educação Permanente.

Parágrafo Único – As atividades do Técnico de Enfermagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas de cada setor de atuação.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo. 19°. Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do Coren-GO.

Artigo. 20°. Os profissionais de Enfermagem não poderão receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Artigo. 21°. O funcionário não poderá deixar o ambiente de trabalho uniformizado.

Artigo. 22°. Os profissionais de enfermagem só poderão se ausentar da unidade a partir do momento que o próximo profissional assumir o plantão (quando assim couber em escala), preservando a garantia da qualidade e continuidade da assistência;

Artigo. 23°. Norma Regulamentadora n°32 ou NR-32: constitui-se de uma legislação do Ministério do Trabalho e Emprego que estabelece medidas para proteger a segurança e a saúde dos trabalhadores de saúde, de qualquer serviço de saúde, inclusive, os que trabalham nas escolas, ensinando e pesquisando. As normas/recomendações a serem seguidas são:

1. As precauções padrão deve ser praticadas rotineiramente, usando sempre os equipamentos de proteção individual (EPI); e adequar uso de EPI's conforme exposição;

II. O profissional de enfermagem deve atender a convocação para receber as vacinas e exames de saúde, eles são importantes para a prevenção de moléstias infecciosas que poderão estar presente no ambiente de trabalho;

III. Os trabalhadores com feridas ou lesões nos membros superiores só podem iniciar suas atividades após avaliação médica obrigatória com emissão de documento de liberação para o trabalho;

IV. O descarte de agulhas e outros materiais perfuro cortantes devem ser realizados dentro da caixa apropriada, sem reencapar;

V. Qualquer acidente de trabalho por menor que seja, mesmo não havendo afastamento do trabalho, deve ser notificado junto a Gerência Assistencial e posteriormente ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT;

VI. Não deve usar calçado aberto. Entende-se por calçado aberto aquele que proporciona exposição da região do calcâneo (calcanhar), do dorso (peito) ou das laterais do pé;

VII. Não guardar alimentos em locais não destinados para este fim;

VIII. Não manusear lentes de contato nos postos de trabalho.

Artigo. 24º. Anualmente, o pessoal de enfermagem deverá apresentar ao Departamento de Pessoal ou ao Enfermeiro Responsável Técnico, a certidão negativa fornecida pelo Coren-GO, informando que ele se encontra regularizado com suas obrigações financeiras, conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Uma vez constatado exercício ilegal da profissão, seja por inscrição provisória vencida ou falta de inscrição na categoria em que atua na instituição, o profissional será notificado por escrito pelo Responsável Técnico de Enfermagem e terá 48 horas, para regularizar a situação frente ao COREN-GO, devendo apresentar declaração. Não regularizando a situação no prazo estipulado, o caso será encaminhado à Comissão de Ética de Enfermagem e ao Diretor Médico da Policlínica, que indicará o impedimento profissional até a completa resolução da situação.

Artigo. 25º. O presente Regimento do Serviço de Enfermagem está embasado na Lei nº 7.498/86 e Decreto n. 94.406/87, que "Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício de Enfermagem".

Artigo. 26º. O Enfermeiro Responsável Técnico poderá tomar decisões não previstas no presente Regimento, desde que respaldadas pela Legislação vigente.

Artigo. 27º. O presente documento será de conhecimento de todos os profissionais de Enfermagem e permanecerá disponível de forma impressa em local acessível a toda a equipe de Enfermagem.

Artigo. 28º. Este Regimento serve como instrumento de definição de atividades, devendo ser aplicado a todos os trabalhadores de enfermagem, sem qualquer exceção;

Artigo. 29º. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem.

CAPÍTULO VIII - HISTÓRICO DE REVISÕES

Emissão	Versão	Descrição das principais alterações
XXX	XX	XXXXXXXXXXX

1.1.2.4 - Proposta de projeto de tecnologia da informação com vista ao controle gerencial da unidade e melhoria do atendimento ao usuário

O acesso às ferramentas digitais, apesar de ainda incipiente e desafiador, representa um avanço inovador na articulação entre as redes de apoio e no processo de transição do cuidado, permitindo uma melhor disseminação de dados, comunicação e gestão da informação em saúde. A saúde digital (e-Saúde), uma nova área de fronteira, tem evoluído com o surgimento de tecnologias emergentes e em resposta ao aumento dos custos no setor.

A e-Saúde se posiciona como um campo interdisciplinar que integra informática médica, saúde pública e negócios, utilizando tecnologias de informação e comunicação (TICs) com uma visão global e conectada. Seu objetivo é promover melhorias no cuidado à saúde em níveis local, regional e mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a saúde digital como uma prioridade global para o desenvolvimento de sistemas de saúde, destacando a contribuição das TICs na prestação de cuidados, saúde pública, pesquisa e atividades correlatas, beneficiando tanto países de baixa quanto de alta renda.

Embora o SUS tenha como princípio a hierarquização, na prática, observa-se um fluxo de encaminhamento predominantemente ascendente – da atenção básica para hospitais secundários e terciários – sem o devido retorno dos pacientes para continuidade do cuidado nas unidades básicas, centros de atenção primária e secundária, o que resulta na superlotação dos serviços de referência. Além disso, há um grande déficit na comunicação entre os profissionais da atenção básica, centros de atenção e a equipe dos hospitais terciários, que muitas vezes se mostra inacessível para discussões de casos e esclarecimento de dúvidas.

Diante do exposto, a aplicação de ferramentas digitais na **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO – FORMOSA** desempenhará um papel crucial no atendimento das demandas e serviços da rede pública de saúde, promovendo uma sinergia entre o atendimento preventivo e o diagnóstico. Isso permitirá que muitos casos sejam resolvidos de forma ambulatorial, evitando a necessidade de encaminhamentos a hospitais. Essa abordagem trará maior agilidade e eficácia ao atendimento especializado, oferecendo serviços integrados e centrados na pessoa, melhorando a qualidade do cuidado e a gestão dos recursos.

A modernização dos Serviços Especializados exigirá uma transformação digital, com foco na automação dos processos por meio da interoperabilidade entre as plataformas de atendimento assistencial em saúde.

O Prontuário Eletrônico será a base para consolidar essas informações, garantindo segurança e confidencialidade, já que apenas colaboradores

autorizados terão acesso aos dados. A inserção de qualquer informação será realizada em conformidade com a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados), que visa proporcionar maior segurança jurídica através de normas que protegem os dados pessoais de todos os cidadãos brasileiros, incluindo os pacientes.

Além de proteger dados pessoais como nome, documentos, endereços, dados bancários e preferências de consumo, a lei enfatiza a necessidade de maior cuidado com dados considerados "sensíveis". Esses incluem informações sobre origem racial, crenças religiosas, dados genéticos, orientação sexual, preferências políticas, entre outros. Para lidar com esses dados, deve existir um processo claro para sua coleta, uso, tratamento, armazenamento e descarte.

Outro ponto fundamental é o consentimento do cidadão, que a lei coloca como um de seus pilares. Assim, as empresas precisarão obter autorização prévia para coletar dados pessoais, informando claramente a finalidade de seu uso antes de solicitá-los.

Conhecer o histórico clínico do paciente — incluindo medicamentos utilizados, reações alérgicas, diagnósticos, sintomas, resultados de exames, cirurgias, atendimentos ambulatoriais e internações — é essencial para garantir um atendimento ágil e eficaz, possibilitando uma atuação assertiva e coerente. Com a tendência de eliminação do papel e do filme (*paperless*), todos os dados coletados sobre o paciente serão integrados ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Além de promover a modernização, essa iniciativa também reflete os princípios de sustentabilidade, ao reduzir a geração de resíduos sólidos, minimizar a pegada de carbono e apoiar os valores do ESG.

VALE LEMBRAR QUE CADA INDIVÍDUO É ÚNICO E POSSUI SUAS PARTICULARIDADES. A INOVAÇÃO TECNOLÓGICA OFERECE AOS MÉDICOS A OPORTUNIDADE DE PROPORCIONAR UM ATENDIMENTO MAIS HUMANIZADO E PERSONALIZADO, CAPAZ DE REDUZIR RISCOS ASSISTENCIAIS E MELHORAR OS RESULTADOS CLÍNICOS. ALÉM DISSO, CONTRIBUI PARA AUMENTAR A SATISFAÇÃO DOS PACIENTES COM O ATENDIMENTO RECEBIDO.

Além dos avanços tecnológicos aos cuidados do paciente, uma gestão e administração sustentáveis também se beneficiarão do plano de inovação, uma vez que toda a cadeia informatizada promoverá maior agilidade e eficiência entre às áreas, melhorando a acuracidade, produtividade e qualidade de vida dos colaboradores.

JUSTIFICATIVAS MODERNIZAÇÃO NAS CONSTRUÇÕES E EQUIPAMENTOS SUSTENTÁVEIS PELO IMED EM HOSPITAIS E POLICLÍNICAS

Unindo tecnologia, competência administrativa e humanização, o IMED desenvolve projetos que proporcionam bem-estar, saúde, cidadania e dignidade aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O respeito ao meio ambiente é outra premissa da organização, que estimula seus colaboradores a sugerirem ações de melhorias dos processos com base na sustentabilidade e estabelece como meta o uso racional de recursos.

Frente a isso, o IMED, em seu planejamento estratégico tem buscado trabalhar com os pilares do **ESG** (Meio ambiente, Social e Governança corporativa), alinhando suas ações aos ODS (Objetivos do desenvolvimento Sustentável da ONU – agenda 2030)[1] e aos objetivos da **Rede Global de Saúde sem Dano**[2] e do **Projeto Hospitais Saudáveis**[3] (PHS, no Brasil), além de embasamento e referenciais teóricos pautados na literatura científica pertinente, como descrito de forma detalhada na introdução desse chamamento público.

Assim, o IMED busca implementar na **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO – FORMOSA** uma abordagem atenta à sustentabilidade, adaptando os espaços de atendimento para usuários e colaboradores. Isso inclui a construção de edificações sustentáveis e eficientes em termos de consumo de energia e água, além de investimentos em equipamentos e técnicas diversas para criar ambientes que proporcionem maior conforto e bem-estar. O objetivo é minimizar o estresse e promover um efeito calmante por meio de imagens e sons da natureza, valorizando a fauna e a flora locais. Todas essas iniciativas são fundamentadas em evidências científicas que demonstram os benefícios da conexão com a natureza para os seres humanos, conforme indicado por pesquisas nacionais e internacionais.

Embasado nessas pesquisas científicas e experiências bem-sucedidas em outros serviços de saúde privados e cases internacionais, o IMED está trazendo para a saúde pública essas inovações a fim de beneficiar ao seu público assistido criar indicadores e monitorar, capacitando profissionais de saúde a cuidarem para além da saúde dos pacientes, mas também da saúde do nosso Planeta Terra[6], promovendo melhor qualidade de vida a todos. Procurando ser um modelo de gestão de saúde pública mais sustentável dentro do Projeto nacional de Hospitais Saudáveis e da Rede global de saúde sem Dano[2]. Como uma organização que integra em sua missão, visão e valores o compromisso com a sustentabilidade, buscamos abordar intensamente esse tema nas diversas áreas de formação. Reconhecemos que ações

pautadas nos pilares do ESG (Governança Ambiental, Social e Corporativa) e nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são essenciais para mitigar os efeitos das mudanças climáticas, que representam um dos principais desafios de saúde pública enfrentados pela humanidade[7]. Lembrando como discutido na introdução desse projeto, que os hospitais e unidades de saúde desempenham um papel negativo no meio ambiente e na Saúde Planetária, em especial na emissão de GEE (gases de efeito estufa), que se reunissemos todos os hospitais e unidades de saúde do mundo, eles ocupariam a 5º. Posição mundial na emissão de gases de efeito estufa (GEE), enquanto o Brasil ocupa atualmente a 7ª posição mundial[8].

Os hospitais e unidades de saúde, em especial, acabam agravando os problemas de saúde devido aos produtos e tecnologias empregados, ao grande volume de resíduos sólidos produzidos, dos recursos consumidos e dos edifícios que constrói e utiliza, constituindo uma fonte significativa de poluição e emissão de muitos gases de efeito estufa (GEE). Assim, intensifica, mesmo que não intencionalmente, as tendências que ameaçam a saúde pública[9].

As consequências dessas transformações acontecem em diversas esferas[4], como: na saúde mental de populações que vivem em áreas mais atingidas por desastres ambientais, podendo levar a casos de depressão, ansiedade, síndrome do pânico até suicídio, entre outras; no aumento da propagação de doenças transmitidas por vetores, por exemplo o caso da dengue no Brasil, em que a capacidade vetorial do *Aedes Aegypti* aumentou, prejuízo a produção de alimentos devido às alterações da pluviosidade e temperatura em diversas áreas do planeta, podendo favorecer até a subnutrição e desnutrição; aumento da mortalidade associada às ondas de calor em especial em crianças e idosos; e da morbimortalidade por doenças cardiorrespiratórias[7], e até mesmo aumento de migrações e conflitos armados associados a uma busca por terras melhores, que sejam mais produtivas e locais que não tenham sofrido tanto com a falta de água[10,11].

De um lado temos os impactos negativos que as mudanças climáticas trazem para a saúde humana, mas de outro temos os benefícios que a conexão com a natureza pode trazer para a nossa saúde. Esses benefícios vêm sendo investigados como um recurso poderoso em vários aspectos para saúde mental e fisiológica das pessoas. O governo japonês, desde a década de 80, adota e recomenda os banhos de floresta (*shinrin-yoku*) como uma forma de conexão com a natureza, a técnica é usada como forma de medicina preventiva, mostrando resultados na diminuição de cortisol, o principal hormônio causador do estresse, e da pressão arterial [12], além de melhorias na concentração e imunidade[12,13].

Frente a vida moderna e agitada nota-se que as pessoas começaram a se afastar progressivamente do contato direto e contemplativo na natureza, não desfrutando mais de seus potenciais benefícios físicos, mentais e emocionais[14]. Pesquisas mais recentes têm demonstrado esses benefícios, inclusive em hospitais e outros ambientes de saúde, nos quais o contato com a natureza pode se dar por meio de imagens ou pequenos jardins tendo efeito restaurador, promovendo melhores condições de saúde e de qualidade de vida[15].

A teoria de **conexão com a natureza** mostra que a exposição a natureza e experiências no mundo natural ou mesmo artificial, por meio de imagens e sons da natureza, traz benefícios para o bem-estar físico, mental e geral das pessoas[16]. Várias pesquisas indicam que essa interação com a natureza pode promover saúde e bem-estar em diferentes aspectos, efeitos positivos sobre autoestima, humor, ansiedade; efeitos cognitivos positivos sobre fadiga mental, atenção, produtividade; e mesmo fisiológicos, como melhoria da pressão arterial, níveis de cortisol, melhor resposta do sistema imune[17,18].

Desta forma, pensando no impactos negativos que os hospitais e unidades de saúde podem trazer a saúde planetária, agravando as mudanças climáticas e de outro lado olhando para aspectos positivos que a conexão com a natureza pode trazer, O IMED procura inovar em toda infraestrutura e com equipamentos mais eficientes do ponto de vista da sustentabilidade/ESG, garantindo a eficiência e qualidade dos serviços prestados, com acolhimento adequado, humanização, conforto, e maior bem estar ao paciente durante sua assistência com pequenas intervenções baseadas nos benefícios que a natureza nos traz. Alcançando com isso vários ODS: ODS 3 - **Saúde e Bem-estar: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades;** ODS 7 - Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à ENERGIA para todos; ODS 12 - **Consumo e produção responsáveis** - Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis; ODS 13 - **Ação contra a mudança global do clima** - Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos.

Na parte de edificações procura garantir iluminação e climatização mais naturais a fim de garantir maior eficiência energética, diminuindo os custos em relação ao consumo de energia, mas ao mesmo tempo seguindo normas de biossegurança da CCIRAS e da ANVISA. Garantindo ODS Essa é uma ação que favorece diretamente a ODS 13 (**AÇÃO CONTRA A MUDANÇA GLOBAL DO CLIMA - TOMAR MEDIDAS URGENTES PARA COMBATER A MUDANÇA CLIMÁTICA E SEUS IMPACTOS).**[1]

Como em hospitais e unidades de saúde é mais complexo colocar plantas ou outros elementos naturais ou animais por conta da biossegurança, o IMED tem

trabalhado com a coleta de imagens de fauna e flora dos biomas locais de cada hospital e trabalhando com aplicação de *backlight* e adesivos laváveis em tetos e paredes com imagens da natureza, painéis de Led com projeção dinâmica de cachoeiras em movimento, entre outros. Procuramos alcançar e promover vários desses benefícios que a literatura aponta, como apresentado anteriormente, deixando o paciente mais calmo, menos ansioso e estressado, mais feliz e com bem-estar antes e durante a realização de seus exames ou outros procedimentos. Uma vez que também é notório dizer que muitos pacientes ficam extremamente ansiosos, preocupados e nervosos ao terem que realizar exames de imagem, chegando muitas vezes fragilizados aos serviços.

ALGUNS EXEMPLOS IMPLANTADOS PELO IMED NA PRÁTICA

Projeção Imersiva – Buscando melhorar ainda mais a experiência do paciente no exame, este sistema foi desenvolvido para dar ao paciente a oportunidade de escolher o tema e o som que irá acompanhá-lo durante o procedimento.



Figura: Imagem da Ressonância do Hospital Estadual do Centro-Norte Goiano – HCN – fonte: https://vimeo.com/797900704



Figura: Imagem da Ressonância do Hospital Estadual do Centro-Norte Goiano – HCN – fonte: https://vimeo.com/797900704



Figura: Imagem da Ressonância do Hospital Estadual do Centro-Norte Goiano – HCN – fonte: https://vimeo.com/797900704



Figura: Imagem da Sala da Tomografia do Hospital Estadual de Formosa – HEF – fonte: https://vimeo.com/792010110



Figura: Imagem da Sala da Raio X do Hospital Estadual de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HETRIN – fonte: https://vimeo.com/735621216



Figura: Imagem da Sala da Tomografia do Hospital Estadual de Trindade Waida Ferreira dos Santos – HETRIN – fonte: https://vimeo.com/735621216



Figura: Imagem da Oncologia do Hospital Estadual do Centro-Norte Goiano – HCN – fonte: https://vimeo.com/731238074

IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE MODERNIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA POLICLÍNICA

OBJETIVO

- Padronizar os inputs de informações;
- Apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas da policlínica;
- Permitir a criação de indicadores e oferecer dados estratégicos para análise;
- Padronizar os processos e o nível de atendimento dos serviços assistenciais;
- Estabelecer banco de dados para acesso aos prontuários via sistema;
- Acompanhar os desfechos clínicos, baseando-se em valor;
- Direcionar e realizar o melhor tratamento para as condições do paciente, evitando desperdícios;
- Melhorar a produtividade da equipe multidisciplinar e aumentar a produtividade dos colaboradores;
- Aumentar a eficácia do atendimento;
- Transmitir segurança para tomada de decisões pelos profissionais da saúde;
- Dimensionar de forma adequada os recursos tecnológicos para atender forma eficaz e eficiente as necessidades das áreas de atendimento;
- Melhorar a qualidade de vida dos colaboradores (jornada);
- Proporcionar o bem-estar, saúde, cidadania e dignidade aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo proposto, durante plano de assunção da unidade foram realizados intervenções, implantações e melhorias relacionadas a tecnologia da informação.

E cada uma das necessidades foram implementadas através do método de gerenciamento de projetos, seguindo a metodologia PMI, aplicando as melhores práticas no que diz respeito a gestão de projetos e seus conceitos.

Em certos momentos, foi adotado o método tradicional, no qual todo o planejamento e a execução dos projetos são realizados com antecedência. Assim, todas as características relevantes do projeto—como cronograma, escopo, orçamento e materiais—são cuidadosamente planejadas, o que reduz a tolerância a mudanças durante a implantação.

Entretanto, em outros projetos, foi utilizada a metodologia ágil, que permite um planejamento interativo, onde as características são definidas com base nas entregas. Por exemplo, se uma etapa do projeto leva mais tempo para ser concluída, o cronograma se ajusta a esse imprevisto. Dessa forma, a tolerância a mudanças é significativamente maior.

Parte dessas mudanças está previsto a modernização dos equipamentos para que estes estejam aptos para atendimento da demanda, bem como seja compatível com o uso do software.

PLANO DE IMPLANTAÇÃO

A **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO – FORMOSA** será concebida 100% digital, com módulos integrados que permitirão a operacionalização de todas as atividades gerenciais, assistenciais, clínicas e de controle, conforme preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás | SES atendendo as determinações da Portaria Municipal nº 123/2021, no qual dará continuidade a padronização das práticas assistenciais e administrativas na implantação do sistema abrangendo os seguintes módulos:

RELAÇÃO DOS PRINCIPAIS MÓDULOS A SEREM INTEGRADOS

TOTEM – EMISSÃO DE SENHA
PAINEL DE ATENDIMENTO E CHAMADA

CONTROLE DE SALAS CONSULTÓRIOS
GESTOR DE FLUXO DE ATENDIMENTO
TRIAGEM OU PRÉ CONSULTA
RECEPÇÃO
CENTRAL DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS QUE PERMITA A MARCAÇÃO DE CONSULTAS E DE EXAMES "*ONLINE*", FACILITANDO A ESCOLHA PELO USUÁRIO DO MELHOR DIA E HORÁRIO
AMBULATÓRIO
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS
PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
DIRETORIA CLÍNICA
SCIRAS – CONTROLE E INFECÇÃO RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA A SAÚDE
GERENCIAMENTO DE UNIDADES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
ANATOMIA PATOLÓGICA
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL
CENTRAL DE MATERIAIS ESTERILIZADOS (CME)
ALMOXARIFADO E FARMÁCIA
PATRIMÔNIO
FATURAMENTO SUS – AMBULATORIAL (BPA E APAC)

CONTROLADORIA
SUPRIMENTOS E COMPRAS
HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA
ENGENHARIA E MANUTENÇÃO
SAME
LAVANDERIA E ROUPARIA
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
GESTÃO DE USUÁRIOS E CONTROLE DE ACESSO
ACOMPANHAMENTO E CONTROLE GERENCIAL
EDITOR DE DOCUMENTOS ELETRÔNICOS
GERADOR DE RELATÓRIOS
PORTARIA
SISTEMAS DE SUCESSO DO CLIENTE
PLATAFORMA DE GESTÃO DA QUALIDADE
PLATAFORMA DE COLABORAÇÃO
PLATAFORMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
PAINEL DE INDICADORES (BI)
OUVIDORIA DA SAÚDE
CERTIFICADO DIGITAL

BREVE DESCRITIVO DA FUNÇÃO DE CADA MÓDULO

GESTÃO DE FLUXO

TOTEM EMISSÃO DE SENHA

- Módulo para a emissão de senhas de atendimentos normais, pacientes prioritários e pacientes com mais de 80 anos para a gestão das filas de espera e atendimentos;
- Na tela, permitir que o paciente selecione os serviços, tais como:
  - ✓ Consultas;
  - ✓ Exames;
  - ✓ Atendimento Prioritário;
  - ✓ Enfermagem;
  - ✓ Regulação;
  - ✓ Coleta;
  - ✓ Agendamento e
  - ✓ Retornos.
- O sistema irá permitir a configuração de tipo de impressão do totem para emissão de senhas.
- O sistema integrado com o gestor inteligente de fluxo de atendimento, aos painéis para a chamada dos pacientes.

PAINEL DE ATENDIMENTO E CHAMADA

- Módulo para a chamada eletrônica dos pacientes nos setores de atendimento da instituição;
- Permitir a configuração da fila no painel, gestão do atendimento e as respectivas chamadas no processo de atendimento;
- Permitir a configuração dos processos de atendimento (triagem, atendimento administrativo, atendimento médico, atendimento social, exame de imagem, exame

de laboratório, procedimentos, medicamentos e retorno a consulta médica) que serão utilizados pelo painel de atendimento e chamada, assim como os campos que serão visualizados na tela em cada uma das etapas;

- Permitir configurar a chamada do paciente em tela cheia;
- Permitir habilitar o painel de chamada por voz e atendimento com a leitura da sala e senha;
- Permitir apresentar o local em que o paciente deverá se dirigir (Número da Sala, Consultório, Box, Guichê etc.);
- Permitir mostrar as últimas senhas chamadas (Histórico de Senhas chamadas ou Lista de Espera de pacientes);
- Função multimídia nos painéis de atendimento apresentando vídeos institucionais, divulgação de campanhas de saúde e orientação ao paciente;
- Permitir habilitar informação da quantidade de pacientes em atendimento no momento, assim como mostrar o tempo estimado de espera para realizar o atendimento (ETA) na fila;
- Alimentar base de dados online para disponibilização no novo Site da Instituição o tempo real da fila de atendimento (ETA) de forma transparente ao paciente.

CONTROLE DE SALA CONSULTÓRIOS

- Possibilitar fazer a chamada eletrônica dos pacientes para o atendimento nas áreas assistenciais da instituição (Sala de Medicação, Sala para Curativos e Sutura, Sala de Coleta de Exames, Sala de Procedimentos, Sala de Nebulização, Sala de Imobilização e Sala de Exames de Imagens etc.);
- Permitir o usuário visualizar os pacientes que estão aguardando a ser chamados para atendimento em sala, organizado por prioridade de atendimento;
- Disponibilizar recursos para o usuário selecionar o paciente e acionar a chamada para atendimento;
- Ser Integrado aos painéis de atendimento e chamada eletrônica do paciente;
- Permitir registrar que o paciente já se encontra em atendimento na sala;

- Permitir alertar o usuário quando um paciente se encontra em atendimento em uma outra sala;
- Permitir a conclusão do atendimento do paciente em sala e remover automaticamente da fila de espera e chamada de atendimento;
- Atualizar automaticamente o status do paciente no painel de atendimento a cada registro realizado no sistema.

GESTOR DE FLUXO DE ATENDIMENTO INTELIGENTE

- Permitir fazer análise em tempo real da quantidade de senhas distribuídas, finalizadas, cadastrados e em atendimento médico;
- Permitir gerar gráficos e indicadores em tempo real para análise do tempo de espera quando o estado estiver em:
- Cadastro;
- Triagem;
- Atendimento Médico indicando a senha com maior tempo de espera no momento;
- Tempo de espera planejado e
- Tempo de espera com tolerância.
- Possibilitar fazer o acompanhamento de maneira gráfica visual, permitir selecionar o período, fazer análise do tempo médio de espera entre processos de atendimento;
- Painel indicador com a quantidade e percentual de senhas normal, preferencial, por especialidades e prioridades distribuídas;
- Painel indicador com o percentual por status em aberto e finalizado;
- Painel indicador com o percentual de pacientes atendidos por médico, salas e tempo médio de atendimento por especialidade;
- Painel indicador com o percentual de pacientes atendidos com alta por cidade e bairro;

- Permitir enviar alertas aos coordenadores responsáveis, quando identificado anormalidade na operação, assim como orientação inteligente para acionar planos de contigência.

TRIAGEM OU PRÉ-CONSULTA

- Permitir que seja registrado o acolhimento do paciente com no mínimo as seguintes informações:
    - Nome do Paciente;
    - Idade ou Data de Nascimento;
    - Telefone;
    - Sexo e
    - Cidade.
- Permitir o registro clínicos da abordagem inicial, informando a queixa principal, documentar as observações, medicamentos em uso, registrar as alergias do paciente e as reações em relação as substâncias ao qual o paciente relatou que é alérgico;
- Permitir escolher o sintoma em uma lista de acordo com o protocolo de triagem adotado pela instituição;
- Permitir fazer o registro de reavaliação do paciente quando necessário;

RECEPÇÃO

- O sistema deve ser totalmente integrado aos módulos de emissão de senha, painel de atendimento, acolhimento, controle de salas e gestão do fluxo de pacientes.
- A recepcionista deverá ter uma interface que permita visualizar todas as senhas aguardando atendimento administrativo, selecionar uma delas para chamada eletrônica e, posteriormente, realizar o registro e atendimento do paciente.
- Ao acionar o dispositivo eletrônico de chamadas, o painel deverá indicar ao paciente o guichê onde o atendimento administrativo será realizado.

- Durante o atendimento, o número do Cartão SUS deverá permitir à recepcionista pesquisar na base de dados do PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente) para verificar se o paciente já possui cadastro na Policlínica.
- A pesquisa deverá contemplar, no mínimo, as seguintes opções:
    - Prontuário (matrícula);
    - Nome;
    - Sobrenome;
    - Data de nascimento;
    - CPF;
    - Nome da mãe.
- O sistema deverá permitir a busca com um ou mais parâmetros e dispor de recurso de pesquisa via biometria, configurando o dedo a ser utilizado para a consulta na base de dados.
- Se o paciente não for encontrado no banco de dados, o usuário deverá ter a opção de criar um novo cadastro e abrir o prontuário eletrônico.
- O cadastro do paciente deve ser único para todas as origens de atendimento na policlínica, com configuração dos campos obrigatórios conforme a origem. Os campos mínimos do cadastro deverão incluir:
    - Nome;
    - Nome social;
    - Nome dos pais;
    - Data de nascimento;
    - Sexo;
    - Tipo sanguíneo;
    - Estado civil;

- Documentos (RG, CPF, CNS, etc.);
- Endereço completo;
- Contatos (telefone, e-mail);
- Local de trabalho e profissão;
- Grau de instrução;
- Naturalidade e nacionalidade;
- Fotografia do paciente;
- Restrição de visita;
- Biometria (um ou mais dedos).

- O sistema deverá estar totalmente integrado à emissão do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e possibilitar integração com a base de dados do CNS.
- Após o cadastro ou atualização, o sistema deverá permitir o registro do atendimento, com informações mínimas como:
  - Data e hora;
  - Médico responsável;
  - Origem e tipo de atendimento;
  - Procedimento, CBO e serviço;
  - Local de procedência;
  - Destino no pronto atendimento;
  - Especialidade;
  - Responsável pelo paciente (incluindo grau de parentesco, nome, contato, CPF, etc.).
- O sistema deverá ter a funcionalidade de preencher automaticamente campos configurados, otimizando o tempo de atendimento na recepção.

- Após o registro do atendimento, deverá ser possível emitir documentos como:
- Etiqueta de identificação com código de barras/QR code;
- Termo de responsabilidade.
- O sistema deverá abrir automaticamente a conta do paciente no faturamento, registrando os procedimentos realizados (consulta médica) no BPA, identificando o prestador, data, horário e setor responsável.
- O sistema deverá registrar o encaminhamento e a transferência de pacientes para leitos de observação, mantendo o censo ocupacional da unidade atualizado.
- O sistema deverá registrar ocorrências e fatos relevantes durante o atendimento e permitir alteração do tipo de atendimento, bem como do próprio atendimento.
- O sistema deverá exibir histórico de atendimentos anteriores e gerar gráficos da quantidade de pacientes atendidos por hora em determinado período.
- O sistema deverá disponibilizar uma tela para consulta para visualização gráfica do status de cada paciente, médico e CID.
- Relatórios estatísticos deverão ser gerados com base em parâmetros como bairro, cidade, médico, especialidade, faixa etária, motivo de atendimento, origem e usuário.

CENTRAL DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS QUE PERMITA A MARCAÇÃO DE CONSULTAS E DE EXAMES "ONLINE", FACILITANDO A ESCOLHA PELO USUÁRIO DO MELHOR DIA E HORÁRIO

- Permitir 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, possibilitar a configuração se em caso de anestesia na execução do procedimento, o sistema sugerir alteração do tempo de realização, considerar o tempo de preparo se necessário em dias ou em horas para a realização do procedimento agendado, tempo de recorrência para o agendamento do procedimento em dias ou horas, observações sobre o item de agendamento, 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 mínimo entre um agendamento e outro;

- Permitir cadastrar os feriados nacionais e regionais. E dependendo da regra da unidade de atendimento, impossibilitar de realizar o agendamento de procedimentos;
- Permitir fazer o registro dos recursos que serão utilizados durante os agendamentos e na realização dos procedimentos como os campos código, descrição, tipo, situação;
- Permitir configurar as escalas de atendimento dos profissionais que prestam atendimento ambulatorial por Unidade de Atendimento;
- Permitir configurar as escalas dos profissionais, que prestam atendimento ambulatorial na instituição com o mínimo de informações: Dia da semana, Tipo de escala, Hora inicial, Hora final, Tipo de horário do atendimento (hora marcada ou chegada), quantidade de horários disponibilizados, encaixes, permissão para realização de encaixes extras, profissional, setor, unidade de atendimento, Consultório, Recurso, Itens de agendamento do dia, Quantidade máxima de atendimentos por convênio, quantidade máxima de atendimentos por tipo de atendimento x especialidade/serviço, usuários autorizados a realizarem agendamentos na escala, peso máximo, altura máxima, faixa etária;
- Permitir configurar as mensagens de alerta aos usuários do setor de agendamento referentes ao prestador. Estas mensagens e alertas serão exibidas posteriormente na tela da central de agendamento e marcação para que os usuários que executam este processo possam visualizar e repassar as mesmas aos pacientes;
- Permitir configurar as mensagens que serão enviadas aos pacientes com a confirmação dos agendamentos, por e-mail ou SMS / WhatsApp;
- Permitir configurar os horários e a quantidade de horas que serão enviados os e-mails e os SMS para os pacientes antes do horário agendado para procedimento;
- Permitir fazer a leitura do SMS de retorno, e de acordo com a mensagem respondida pelo paciente, confirmar ou cancelar o comparecimento em relação aos procedimentos agendados (**reduzindo o problema de absenteísmo dos pacientes nas consultas – de acordo com o que foi identificado durantes visitas atualmente na ordem de 30%**);
- Permitir a liberação da agenda médica baseando-se nas escalas configuradas, conforme o planejamento de horários para os setores de atendimento. Parâmetros permitidos:

Código da escala (opcional), Data de liberação, Período de liberação da escala, Tipo da escala, Prestador, Especialidade e se deseja sobrepor as agendas já disponibilizadas, mas que estejam vagas ainda;

- Permitir a configuração dos perfis de usuário para a central de marcação de consultas e exames;
- Permitir agendar em tela única as consultas, exames, procedimentos, sessões e tratamentos;
- Permitir pesquisar 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, Unidade de Atendimento;
- Caso o usuário não informe o prestador e informe somente a especialidade desejada pelo paciente, o sistema irá buscar a primeira agenda disponível de um ou mais profissionais da mesma especialidade;
- Conforme parâmetros selecionados, o sistema deverá executar automaticamente a busca das datas e horários mais próximos que estão disponíveis para o atender à solicitação de agendamento;
- Permitir que o usuário ao fazer a busca por vagas para agendamento de um Tratamento e/ou Sessão na tela de agendamento, indique os seguintes parâmetros como filtro de busca: Paciente, Convênio / SUS, Plano / SUS, Item de Agendamento, Prestador, Especialidade, Tipo de Atendimento, Unidade de Atendimento, Tratamento (Sim ou Não), Quantidade de Sessões;
- Avisar o usuário ao agendar um segundo item com um intervalo entre os procedimentos inferior ao tempo de execução do primeiro procedimento agendado;
- Bloquear a faixa de horário reservado para um paciente;
- Alertar o usuário quando existir conflito de agendamento de procedimentos que necessitem de um intervalo mínimo de tempo para a sua execução;
- Apresentar ao usuário todas as orientações de preparo dos procedimentos agendados para que seja repassado o procedimento ao paciente;
- Permitir registrar todas as observações relativas ao paciente ou ao agendamento;

- Possuir campo para informar o modo como os procedimentos foram agendados: Regulação: Sistema CRE/ GERCON, Por Telefone, Pessoalmente, Solicitação, Fax ou E-mail;

- 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;

- 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;

- Permitir fazer o cancelamento de uma consulta previamente agendada informando o motivo do cancelamento (seguindo as orientações da regulação existente);

- Permitir que o usuário possa 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;

- Permitir que o usuário registre os encaixes na agenda de consultas e exames;

- Permitir 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 ou agendamento de um procedimento;

- Permitir o registro de agendamentos em grupos de pacientes que fazem uma atividade em um mesmo horário (campanhas, fisioterapia, hemodiálise etc.) informando a turma e os pacientes por turma (conforme orientação da regulação);

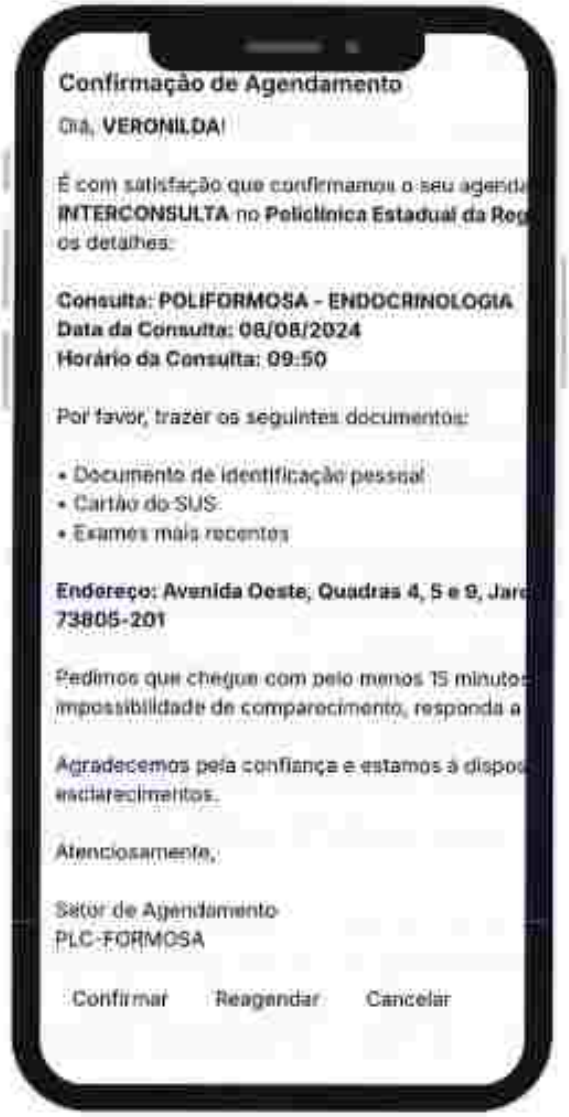
- Integrar com a prescrição médica eletrônica, a realização dos exames de pacientes internados ou ambulatoriais permitindo o agendamento através de uma solicitação de exame ou procedimento que são prescritos pelo médico assistente e serão visualizados na fila de solicitações de agendamentos;

- Permitir ao usuário fazer a remissão dos comprovantes de agendamento para o paciente;

- Permitir o usuário fazer a exclusão de agendas que foram previamente liberadas informando o motivo da exclusão;

- 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;
- Permitir o usuário fazer a pesquisa de agendamentos para um determinado médico, uma determinada data ou para um paciente especifico;
- Disponibilizar relatórios de agendamentos cancelados, agendamentos excluídos, Produção por Prestador/Recurso e Posição de Fila de Espera;
- Permitir extrair relatório com a agenda diária do médico.

COMUNICAÇÃO DO SETOR DE AGENDAMENTO COM O PACIENTE



*Exemplo de mensagem enviada ao paciente de confirmação de agendamento.

As principais vantagens de o paciente receber a confirmação de agendamento via mensagem:

- Imediatismo e conveniência: O WhatsApp é um dos meios de comunicação mais utilizados, garantindo que a mensagem chegue de forma rápida e direta ao paciente, facilitando o acesso às informações.
- Facilidade de resposta: O paciente pode facilmente confirmar, reagendar ou cancelar a consulta diretamente pela mensagem, simplificando a comunicação e evitando chamadas telefônicas.
- Redução de faltas: Ao receber a confirmação e o lembrete via WhatsApp, o paciente está mais propenso a comparecer à consulta ou informar se não puder comparecer, reduzindo ausências e melhorando a eficiência da agenda.
- Informações claras e organizadas: Todos os detalhes importantes da consulta, como data, horário, local e documentos necessários, estão organizados em um único lugar, tornando fácil para o paciente se preparar.
- Lembrete prático: O WhatsApp serve como uma ferramenta de lembrete natural, pois a maioria das pessoas verifica o aplicativo várias vezes ao dia, mantendo as informações acessíveis.
- Interatividade: Com botões de ação como "Confirmar", "Reagendar" e "Cancelar", o processo é simplificado, melhorando a experiência do paciente e otimizando o gerenciamento da agenda.
- Acessível em qualquer lugar: O paciente pode acessar as informações de agendamento onde quer que esteja, sem depender de e-mails ou telefonemas que podem ser perdidos ou ignorados.

AMBULATÓRIO

- O sistema deve ser totalmente integrado à central de agendamento de consultas, permitindo que os pacientes agendados pela central estejam disponíveis na tela de recepção de pacientes ambulatoriais.
- O sistema deve permitir que o paciente retire uma senha para atendimento ambulatorial.
- Deve possibilitar a marcação de consultas e exames online, facilitando a escolha do melhor dia e horário para o usuário.

- O sistema deve permitir que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência contendo as informações necessárias para sua avaliação e cadastro.
- O painel de atendimento deve exibir os seguintes dados:
    - Senha;
    - Hora de chegada;
    - Previsão de atendimento (cadastro);
    - Status do atendimento.
- A recepcionista deve poder selecionar uma senha na lista de atendimento e fazer a chamada eletrônica do paciente para iniciar o atendimento.
- O sistema deve associar a senha de atendimento emitida pelo paciente à agenda médica.
- Ao associar a senha à agenda, a recepcionista deverá iniciar o registro do atendimento, pesquisando na base de dados do ambulatório se o paciente já possui cadastro na instituição.
- A pesquisa deve ser realizada com, no mínimo, as seguintes opções:
    - Prontuário (matrícula);
    - Cartão SUS;
    - Nome;
    - Sobrenome;
    - Data de nascimento;
    - CPF;
    - Nome da mãe.
- A pesquisa deve permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca e dispor de uma busca fonetizada.
- O sistema deve possibilitar a pesquisa pela biometria do paciente, com a opção de configurar qual dedo será utilizado para a busca.

- Caso o paciente não seja encontrado no banco de dados, o sistema deve permitir o preenchimento de um novo cadastro.
- O cadastro de paciente deve ser único para todas as origens de atendimento na Policlínica e permitir a configuração de campos obrigatórios conforme a origem. Os campos mínimos incluem:
    - Nome;
    - Nome social;
    - Nome dos pais;
    - Data de nascimento;
    - Sexo;
    - Cor;
    - Tipo sanguíneo;
    - Documentos (RG, CPF, CNS, etc.);
    - Endereço completo;
    - Contatos (telefone, e-mail);
    - Profissão;
    - Grau de instrução;
    - Naturalidade e nacionalidade;
    - Fotografia do paciente;
    - Biometria.
- O sistema deverá estar integrado à emissão do Cartão Nacional de Saúde e à base de cadastro do CNS.
- Após o cadastro ou atualização, o sistema deve permitir o registro do atendimento com as seguintes informações mínimas:

- Data e hora;
- Médico responsável;
- Tipo de atendimento;
- Serviço;
- Local de procedência;
- Destino;
- Procedimento;
- CBO;
- Especialidade;
- Responsável pelo paciente.

- Caso o atendimento tenha sido agendado, os campos devem ser preenchidos automaticamente com as informações fornecidas no momento do agendamento.
- Após o registro do atendimento, o sistema deverá permitir a emissão de documentos como:
- Etiqueta de identificação com código de barras/QR code;
- Termo de responsabilidade;
- Ficha de atendimento ambulatorial.
- O sistema deve abrir automaticamente no faturamento e lançar na fatura BPA o procedimento correspondente ao atendimento do paciente.
- Deve permitir o registro de atendimentos ambulatoriais para pacientes não agendados, sem necessidade de registro como encaixe.
- O sistema deve possibilitar o registro de atendimento em equipes, para mais de um paciente no mesmo horário, como ocorre na fisioterapia ou tratamentos em grupo.
- Deve ser totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente.

- O sistema deve dispor de um mecanismo para registrar quais pacientes não compareceram à consulta médica.
- O sistema deve disponibilizar uma tela de consulta de atendimentos anteriores do paciente e uma tela de gerenciamento com a quantidade de atendimentos ambulatoriais por hora.
- O sistema deverá gerar os seguintes relatórios:
    - Atendimentos por período;
    - Atendimentos por médico;
    - Atendimentos por cidade e bairro;
    - Atendimentos por especialidade, serviço e usuário;
    - Consultas atendidas x faturadas.
- Deve emitir relatórios de tempo de espera por período, médico e faixa de tempo.
- O sistema deve permitir o registro de pendências do paciente, emitindo alertas ao registrar novos atendimentos.
- Deve dispor de uma opção para o registro do diagnóstico do paciente e uma tela de consulta de estatísticas de produção e atendimento.

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

- O acesso ao Prontuário Eletrônico do Paciente deve ser disponibilizado para todos os membros da equipe multidisciplinar que dispensem atenção ao paciente respeitando as regras de acesso, como também a limitação do conteúdo por perfil de usuário (conforme a LGPD e os níveis de perfil dos usuários);
- Permitir registrar as formas de aplicação das medicações que serão prescritas;
- Permitir registrar as frequências de aplicação das medicações que serão prescritas para os pacientes. A frequência configurada por setor de assistência ou para toda a instituição;
- Permitir configurar quais itens de aferição serão registrados no prontuário do paciente, como também os valores limites para cada um dos itens de aferição;

- Permitir 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 sequência configurada;
- Permitir habilitar e configurar quais campos terão o preenchimento obrigatório por esquema de prescrição;
- Permitir habilitar e configurar quais itens são de prescrição, e associá-los aos esquemas de prescrição;
- Permitir habilitar e exigir o preenchimento dos campos que foram configurados para o esquema de prescrição;
- Permitir desativar um item de prescrição;
- Permitir habilitar e configurar se o item de prescrição é médico, de enfermagem ou de ambos;
- Permitir habilitar e configurar se o item de prescrição exige justificativa ao ser prescrito pelo médico assistente;
- Permitir habilitar e configurar se o item de prescrição é padrão ou não;
- Permitir habilitar e configurar se o item de prescrição exige diluentes na sua prescrição;
- Permitir habilitar e configurar o tipo de controle do item de prescrição:
    - Normal;
    - Balanço hídrico;
    - Coleta de sinal vital;
    - Alta de unidade;
    - Alta médica.
- Permitir habilitar e configurar para qual estoque o item de prescrição será solicitado no momento do fechamento da prescrição;

- Permitir habilitar e configurar qual item de estoque o item de prescrição está relacionado, e de acordo com essa informação solicitar se este produto tem no estoque no momento do fechamento da prescrição;
- Permitir habilitar e configurar a unidade de prescrição e a unidade de solicitação do item no estoque;
- Permitir habilitar e configurar se o item de prescrição é de diluição ou de reconstituição;
- Permitir habilitar e configurar quais os componentes (materiais descartáveis e diluições), se serão solicitados junto com o item de prescrição ao finalizar a prescrição médica e de enfermagem;
- Permitir habilitar e configurar quais as formas de aplicação são possíveis para o item de prescrição;
- Permitir habilitar e configurar em quais os setores o item de prescrição não poderá ser prescrito;
- Permitir habilitar e configurar a superdosagem e a subdosagem dos itens de prescrição assim como a configuração das mensagens de alerta da super e da subdosagem;
- Permitir habilitar e configurar as informações padronizadas para os itens de prescrição, faixas etárias e a faixa de peso das superdosagens e as subdosagens;
- Permitir habilitar e configurar os perfis de acesso e usabilidade do prontuário eletrônico do paciente por:
    - Tipo de prestador;
    - Tipo de convênio (SUS);
    - Setor;
    - Especialidade;
    - Prestador;
    - Tipo de atendimento;
    - Sexo e

- Faixa etária do paciente.

- Permitir ao usuário fazer a construção de documentos (formulários) eletrônicos, definindo o nome do formulário, os grupos de campos do formulário, permitir associar as perguntas aos grupos de campos do formulário, as perguntas do formulário, o tipo do campo (Checkbox, combo box, descritivo, lista de valores 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 será integrado ao cadastro único de pacientes, permitindo a centralização das informações tanto para atendimentos ambulatoriais na policlínica quanto em outras unidades de saúde do Governo do Estado de Goiás, incluindo casos de urgência, internação e atendimentos externos;**

- Permitir a 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 os 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.

- Permitir ao médico registrar eletronicamente o formulário de admissão médica do paciente, no mínimo com as seguintes informações:
  - Queixa principal;
  - HDA (História da Doença Atual);
  - HPP;
  - Alergias;
  - Antecedentes pessoais;
  - Antecedentes familiares;
  - Medicamentos em uso;
  - Hábitos e costumes;

- Exame físico;
- Nível de consciência;
- Sinais vitais (PAS, PAD, Temperatura, FC e FR)
- Avaliação de cabeça e pescoço;
- Avaliação do aparelho cardiovascular;
- Avaliação do aparelho respiratório;
- Avaliação abdome;
- Avaliação genitália;
- Avaliação membros;
- Exame neurológico;
- Hipótese diagnóstica;
- Causa da internação ou atendimento;
- Plano terapêutico com as seguintes informações: Tratamento Proposto;
- Plano de Cuidados.

- Permitir a criação/configuração de protocolos clínicos de atendimentos, e de acordo com o protocolo selecionado apresentar as perguntas, onde o médico informa 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;
- Notificar com base nos sinais vitais anotados para o paciente, se encontra-se com características de adesão a um determinado protocolo clínico;
- 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 poder emitir um alerta ao profissional de notificação compulsória/obrigatória ou de agravo;

- Permitir ao médico fazer o registro dos medicamentos em uso contínuo pelo paciente (reconciliação medicamentosa);
- Permitir fazer o registro das avaliações realizadas pelo médico ou pelo enfermeiro no paciente tais como:
    - Glasgow;
    - Apache II;
    - Euroescore;
    - Time Risc;
    - Régua de Dor;
    - Superficie Corpórea;
    - Braden;
    - Fugulin.
- 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 permite parametrização de outros indicadores a critério da instituição e a configuração dos sinais vitais a serem coletados pelo setor de atendimento;
- Permitir ao 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;
- Carregar de forma automática os materiais descartáveis (componentes) ao fazer a prescrição de um item que tenha necessidade para a sua aplicação/infusão;

- Alertar ao médico ao 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;

- Gerar alertas de interação medicamentosa nas seguintes condições:

    - Droga x Droga;

    - Droga x CID;

    - Droga Alimento;

    - Droga x Resultado de Exame e

    - Droga x nutriente.

- 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 requerer que o médico preencha o formulário de controle de antimicrobianos (ficha de antimicrobiano) ao prescrever um medicamento deste grupo de fármacos;

- Na tela de prescrição requerer que o médico preencha 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 requerer que o médico preencha o receituário especial ao prescrever um medicamento de controle especial de acordo com a PORTARIA Nº 344, DE 12 DE MAIO DE 1998(*);

- Permitir que o médico prescreva medicamentos do grupo de soroterapia com a velocidade infusão desejada, de acordo com a velocidade, calcular automaticamente a frequência dos medicamentos;

- Gerar alertas ao médico quando um item for prescrito em duplicidade;

- Gerar alerta para a prescrição de medicamentos que estejam com superdosagem, exigindo uma justificativa para a manutenção da conduta e a finalização do processo de prescrição;

- Permitir ao médico de fazer a configuração de seus itens de prescrição favoritos;
- Permitir ao médico fazer a pesquisa de itens de prescrição por nome comercial, princípio ativo, laboratório, grupo de tratamento, diagnóstico e sintomas;
- Permitir que o médico altere o horário sugerido pelo sistema de acordo com os horários configurados na frequência padronizada pelo sistema, indicando o motivo pela alteração;
- Ao finalizar a prescrição gerar de maneira automática a solicitação dos medicamentos e materiais descartáveis na farmácia;
- Ao finalizar a prescrição gerar de maneira automática a solicitação de dieta no serviço de nutrição;
- Ao finalizar a prescrição gerar de maneira automática a solicitação de exames de imagem no serviço/setor de imagem;
- Ao finalizar a prescrição gerar de maneira automática a solicitação de coleta de amostras no serviço de análises clínicas (laboratório);
- Ao finalizar a prescrição gerar de maneira automática a solicitação de hemoderivados no serviço de Hemoterapia;
- Ao finalizar a prescrição gerar de maneira automática a solicitação de fisioterapia no serviço de Fisioterapia;
- Permitir ao médico de fazer a solicitação eletrônica de parecer médico para um determinado profissional ou uma determinada especialidade (interconsulta);
- Ao finalizar a prescrição permitir que embora a prescrição seja válida para 24 horas, possa gerar as solicitações de materiais e medicamentos de forma automática por turnos de atendimento pela farmácia até o limite de 24 horas;
- Permitir realizar a suspensão de um item prescrito ao paciente;
- Permitir realizar cópia de prescrição de uma determinada data ou fazendo mescla de mais de uma data;
- Permitir que o próprio médico crie prescrições padronizadas baseadas nas prescrições realizadas e as disponibilize na área de prescrições padronizadas;

- Permitir ao médico de fazer a emissão de atestados médicos, emissão de receitas, receituário especial e comprovantes de comparecimento;

- Disponibilizar formulário eletrônico específico para o médico registrar a descrição do ato cirúrgico;

- Disponibilizar formulário eletrônico para o médico anestesista registrar a ficha de anestesia, informando os dados graficamente na ficha;

- Disponibilizar formulário eletrônico para registro do partograma;

- Permitir que a enfermagem faça o registro da anamnese ou entrevista de enfermagem;

- Permitir que a enfermagem ou qualquer membro da equipe multidisciplinar faça 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 (*rounds*);

- Permitir que a enfermagem faça o registro do balanço hídrico, informando os ganhos e perdas do balanço. O recurso também permite fazer o fechamento total ou parcial do balanço e gerando automaticamente o gráfico com os ganhos, perdas e o saldo do balanço;

- Permitir que a enfermagem registre eletronicamente a prescrição de Cuidados de Enfermagem, Procedimentos e as Orientações;

- Permitir que a enfermagem faça o aprazamento ou reaprazamento dos horários dos itens e das medicações prescritas pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar;

- Permitir o registro eletrônico da checagem das medicações e procedimentos prescritos pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar;

- 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;

- Disponibilizar em painel de maneira clara e gráfica quais medicações estão em atraso;

- Permitir 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 os 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.

- Permitir que a enfermagem faça o registro dos planos de cuidados ao paciente, bem como as prescrições de padrões de enfermagem;
- Permitir que a enfermagem registre em formulário eletrônico a entrevista da enfermagem (Avaliação Inicial), e de acordo com as respostas da entrevista o sistema sugerir automaticamente quais diagnósticos de enfermagem o paciente se enquadra para a definição do plano de cuidados;
- Disponibilizar a tabela de diagnósticos de enfermagem NANDA para a definição do diagnóstico de enfermagem, e de acordo com o diagnóstico selecionado pelo enfermeiro, o sistema sugerir quais os itens de prescrição de maneira automática;
- Permitir que o profissional registre as vacinas dos pacientes;
- Permitir tela para finalizar o atendimento inserindo informações tais como:
  - Diagnóstico;
  - Procedimento;
  - Data;
  - Hora;
  - Motivo de alta.
- 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;
- 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;

- Sinalizar de maneira gráfica todas as pendências do médico em relação ao atendimento, tais como fechamento de documentos eletrônicos, assinaturas eletrônicas e demais pendências;
- Permitir a integração com equipamentos de monitoração;
- Permitir a certificação digital e assinatura eletrônica dentro dos padrões CFM/SBIS;
- Permitir o registro do encaminhamento do paciente para outras especialidades.

DIRETORIA CLÍNICA

- Permitir realizar o registro dos tipos de prestadores;
- Permitir realizar o registro dos conselhos e suas siglas;
- Permitir realizar o registro das especialidades médicas e de enfermagem;
- Permitir realizar o registro dos horários contratados dos prestadores;
- Permitir realizar o registro dos prestadores da instituição no mínimo com as seguintes informações:
    - Nome;
    - Sexo;
    - CPF;
    - Identidade;
    - Data Nascimento;
    - Nome Fantasia;
    - Número do Conselho;
    - Nome do pai;
    - Nome da mãe;
    - Grau de Instrução;
    - Nacionalidade;

- Naturalidade;
- Foto;
- Endereço Comercial;
- Endereço Pessoal;
- Tipo de Prestador;
- Especialidade;
- Especializações;
- Se é Aluno ou Professor;
- Tipo do Conselho;
- Tipo de Vínculo;
- Tipo de Atividade (Anestesista, Clínico, Auditor);
- Dados Bancários;
- Contatos.

- Permitir registrar as ocorrências médicas;
- Permitir registrar as licenças médicas.

SCIRAS – CONTROLE E INFECÇÃO RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA A SAÚDE

Na Inovação do SCIRAS manter o contato com o paciente nos próximos 90 dias é fundamental para obter uma gestão eficaz no âmbito do Controle de Infecção Hospitalar.

Diante disto, o envio automático de mensagens para o paciente através da Tecnologia do WhatsApp após a saída hospitalar, com perguntas de forma eletrônica durante os períodos de alta, 15, 30, 60 e 90 dias, dará uma maior segurança no monitoramento de todos os pacientes.

PRINCIPAIS FUNCIONALIDADES:

- Integrar ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP);
- Permitir o registro dos antimicrobianos que estão sendo monitorados e controlados pela CCIH;
- Permitir habilitar e configurar o número de dias autorizados automaticamente pela CCIH para a prescrição dos antimicrobianos controlados pela comissão;
- Permitir habilitar e configurar a DDD (dose diária definida) dos antimicrobianos controlados pela comissão;
- Permitir habilitar e configurar se o antimicrobiano é de uso restrito, se está ativo e se é de vigilância;
- Permitir o registro dos materiais para cultura com código e descrição;
- Permitir o registro dos microrganismos com código e descrição;
- Permitir o registro dos procedimentos invasivos com código e descrição;
- Permitir o registro das topografias com código e descrição;
- Permitir o registro dos materiais para cultura com código e descrição;
- Permitir 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;
- Permitir fazer a busca ativa, apresentar 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;
- Permitir que o usuário faça o registro da infecção do paciente com as seguintes informações:
    - Data da infecção;
    - CID;

- Tipo do Registro;
- Tipo de Infecção;
- Tipo de Situação;
- Sitio Principal;
- Topografia;
- Procedimento Invasivo;
- Localização;
- Observações.

- Permitir controlar separadamente os pacientes que estão em processo de vigilância e os que já tiveram sua infecção notificada;
- Permitir acessar o resultado dos exames de antibiograma realizados para os pacientes;
- Permitir 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;
- Permitir realizar 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 bloquear ou liberar uma nova prescrição do antimicrobiano para o paciente para um determinado número de dias;
- Apresentar automaticamente as mensagens inseridas pelo médico infectologista no processo de auditoria para o médico assistente no momento da prescrição médica;
- Permitir calcular as taxas de infecção Hospitalar existentes demonstrando graficamente a evolução mensal, de acordo com parâmetros pré-definidos como unidade de atendimento, especialidades, médicos e topologia.

GERENCIAMENTO DE UNIDADES

- Permitir registrar uma solicitação de transferência de leitos entre uma mesma unidade ou para outra unidade de internação;

- Permitir solicitar transferência do paciente para o centro cirúrgico;
- Permitir solicitar a transferência de médico assistente do paciente;
- Permitir a interdição e liberação de leitos de uma determinada unidade de internação;
- Permitir registrar a programação de alta dos pacientes internados em uma determinada unidade de internação;
- Permitir o registro de ocorrências do plantão;
- Permitir fazer o registro de procedimentos invasivos realizados no paciente durante a internação;
- Permitir a solicitação de produtos ao estoque;
- Permitir registrar a solicitação de devolução de produtos para o estoque;
- Permitir registrar a confirmação do recebimento de solicitações de produtos do estoque;
- Permitir a solicitação de dietas avulsas ao serviço de nutrição e dietética da unidade;
- Permitir o médico fazer o registro do boletim informativo com as condições clínicas do paciente para efeitos de informação;
- Permitir o registro de avisos de alergias do paciente a substâncias;
- Permitir registrar o início e fim da monitoração de aparelhos e gases utilizados pelo paciente durante a hospitalização;
- Disponibilizar relatório de censo ocupacional da unidade de internação.

DIAGNÓSTICO E TERAPIA

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

- Permitir a marcação e agendamento de exames "online", facilitando a escolha do usuário do melhor dia e horário;
- Permitir configurar os locais de coleta;
- Permitir configurar as amostras;

- Permitir configurar os tubos e os volume em ml da amostra e tubo;
- Permitir configurar os campos do laudo do exame com as seguintes informações: código, descrição, tamanho, alinhamento, tipo do campo, máscara do campo;
- Permitir configurar os valores de normalidade, pânico e absurdo dos campos do laudo por sexo e idade;
- Permitir o usuário fazer o desenho/configuração do laudo;
- Permitir que seja criado mais de uma versão do laudo por exame;
- Permitir que sejam configurados os perfis de acesso e restrições dos usuários do laboratório;
- Permitir configurar o lançamento do laudo diretamente no PEP;
- Permitir cadastrar os locais de coleta;
- Permitir cadastrar os motivos de recoleta de exames;
- Permitir configurar as etiquetas de códigos de barras das amostras com as seguintes informações: código da amostra, código do pedido, código do atendimento, data, nome do paciente;
- Ao iniciar o atendimento do paciente, a recepcionista do laboratório deverá dispor de opção no sistema para realizar a pesquisa na base de dados de pacientes da Policlínica 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.

- Permitir na pesquisa preencher um ou mais parâmetros para a busca;
- Permitir pesquisa com busca fonetizada;
- Permitir pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados, o usuário irá iniciar o preenchimento de um novo cadastro;
- 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 deve ter no mínimo os seguintes campos:
    - Nome;
    - Nome Social;
    - Nome da Mãe;
    - Nome do Pai;
    - Data de Nascimento;
    - Sexo;
    - Cor;
    - Tipo Sanguíneo;
    - Identidade;
    - CPF;
    - Cartão Nacional de Saúde;
    - Endereço;
    - Número e Complemento;
    - Bairro;

- Cidade;
- CEP;
- Telefone Celular;
- Outros contatos;
- E-Mail;
- Local de Trabalho;
- Profissão;
- Grau de Instrução;
- Naturalidade;
- Nacionalidade;
- Fotografia do Paciente;
- Captura da biometria do paciente.

- O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde;
- Permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Permitir ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento externo com as seguintes informações:
  - Data;
  - Hora;
  - Médico;
  - Tipo de Atendimento;
  - Procedimento;
  - CBO;

- Serviço;
- Tipo de Paciente;
- Local de Procedência;
- Destino;
- Especialidade;
- Responsável pelo Paciente.

- Permitir configurar ou habilitar quais campos terão o preenchimento automático na tela do registro de atendimento, evitando assim que os usuários tenham que preencher alguns campos;
- Após o registro do atendimento o sistema deve permitir o usuário registrar o pedido de exames de análises clínicas associado ao atendimento com as seguintes informações:
- Médico solicitante, local de coleta, data da coleta, setor solicitante, tipo de solicitação e exame.
- Permitir no momento do pedido gerar automaticamente a data de previsão de entrega do exame de acordo com a quantidade de dias configurada no cadastro do exame;
- Permitir emitir o comprovante de exames;
- Permitir gerar automaticamente a solicitação de coleta a partir do registro do pedido de exame;
- Permitir apresentar em tela a lista de paciente em espera para coleta das amostras
- Permitir que o responsável pela coleta faz amostras faça a emissão das etiquetas para fixar nos tubos de coleta das amostras;
- Permitir que a responsável pela coleta confirme a coleta das amostras do paciente efetuando a leitura do código de barras / QR Code fixado no tubo;
- Permitir que a responsável pela coleta das amostras informe no registro de coleta que existem amostras pendentes de entrega;

- Permitir o usuário executar o registro da entrada das amostras coletadas no setor de triagem do laboratório;
- Permitir o usuário registrar na entrada da amostra no laboratório a necessidade de recoleta justificando/informando o motivo que gerou a necessidade de recoleta;
- Permitir o usuário realizar o registro da passagem das amostras para as respectivas bancadas e ao final emitir o mapa de trabalho de bancada;
- Permitir o usuário efetuar consulta da rastreabilidade de com todas as movimentações da amostra no laboratório;
- Permitir interfaceamento do sistema com equipamentos de análises clínicas;
- Permitir que o gestor do serviço tenha uma visão do geral da quantidade de exames com pendências de coletas, de confirmação de coletas nos setores;
- Permitir o usuário fazer o registro da triagem das amostras externas;
- Permitir o usuário emitir etiquetas para amostras externas;
- Permitir integrar o módulo de prescrição eletrônica, pois de acordo com os itens (exames solicitados) a partir da prescrição e o fechamento da mesma, o sistema deve gerar automaticamente a solicitação/pedido do exame no laboratório e a solicitação de coleta, sem necessidade de que seja feito qualquer cadastro pelo usuário;
- Permitir integrar o módulo de agendamento, pois ao registrar um agendamento, o sistema deve apresentar na tela de recepção de pacientes agendados do laboratório os respectivos pacientes agendados.
- A partir da lista de pacientes agendados no módulo do agendamento, o usuário deverá possuir opção para selecionar o paciente, registrar as devidas atualizações das informações cadastrais e na sequência gerar o atendimento externo do paciente.
- Permitir registrar o pedido de exames, associado ao atendimento externo criado para o atendimento do paciente agendado.
- Permitir o usuário fazer o registro dos resultados dos exames de análises clínicas de forma manual ou automática através do interfaceamento entre o sistema e os equipamentos de análises clínicas;

- Permitir ao usuário fazer a revisão dos exames realizados;
- Permitir registrar eletronicamente a assinatura do laudo exames realizados e revisados;
- Permitir imprimir um ou todos os laudos assinados eletronicamente;
- Permitir fazer a retificação dos laudos;
- Permitir que o bioquímico no momento de registrar o laudo visualize os resultados anteriores de maneira analítica e gráfica;
- Permitir que o bioquímico no momento de registrar o laudo visualize as respostas das perguntas associadas ao exame e que foram respondidas no momento da coleta do exame;
- Permitir filtrar somente os exames que estejam na faixa normal, fora da faixa de normal, exames fora do limite e que estejam com valores pânico;
- Permitir consultar os log's de interfaceamento dos exames que estejam fora da faixa normal de valores;
- Permitir atualizar o status do exame de forma automática;
- Permitir liberação dos exames para que os mesmos possam ter seus resultados consultados;
- Permitir registro da entrega dos exames para os pacientes ou responsáveis pelo paciente;
- Permitir registrar a exclusão do pedido de exame registrado;
- Permitir que o gestor tenha uma maneira clara dos exames que passaram do período de entrega, que os exames estão dentro do período crítico de entrega ou que está fora do período crítico de entrega;
- Permitir registrar as pendências de coleta de amostra por pedido;
- Permitir resultados dos exames de cultura e os dados do antibiograma;
- Permitir integrar ao módulo de faturamento, pois ao solicitar um exame em um atendimento ambulatorial o sistema deve ser lançar de forma automática na BPA os respectivos procedimentos;

- Permitir pesquisar a rastreabilidade da amostra desde o momento da geração da solicitação da coleta até a passagem da amostra para a bancada que irá analisar a amostra;

- Permitir pesquisar informações de data e hora da realização do exame, data e hora da revisão, data e hora da assinatura, data e hora da impressão e data e hora da entrega do exame.

- Permitir acesso ao resultado de seus exames, de forma on-line, através de um código pessoal, com perfil de acesso para paciente e perfil de acesso para médico;

- Permitir consultar em tela a relação de exames faltosos por setor e por período;

- Permitir registrar o descarte de amostras;

- Permitir extrair relatório de exames solicitados por médico, solicitados por setor, realizados por laboratório, exames solicitados por cidade, exames não realizados, planilha mensal de exames realizados, média de tempo de realização de exames, pedidos com retificação de laudos e tempo médio de entrega de laudos, quantidade de recoletas e exames solicitados e sem coleta realizada;

- Permitir integrar ao prontuário eletrônico do paciente.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Os métodos utilizados durante os exames de imagem estão em constante renovação, revigorando-se com novas tecnologias que vão surgindo, tendo como principal objetivo auxiliar na saúde e bem-estar das pessoas.

Quão mais precoce o diagnóstico, maiores serão as chances de cura da enfermidade e contribuição para o sucesso do tratamento. Por essa razão, é necessário reconhecer a importância do setor de imagem para exames complementares, detecção e prevenção de doenças.

Os exames de imagens, além de serem totalmente seguros, são a melhor opção para diagnósticos mais precisos, podendo ser realizados de diversas formas. Com os exames é possível avaliar a região onde está a doença, bem como a sua extensão, auxiliando na decisão de qual será a melhor forma para conduzir o tratamento.

No Plano de Modernização dos Serviços e Unidades de Saúde, considera-se entregar equipamentos com tecnologia de ponta, além de profissionais que formam uma equipe experiente, pronta para dar um atendimento humanizado e de qualidade.

Além dos equipamentos de Imagem, será implementado os Serviços de Armazenamento e Sistema de Diagnóstico Por Imagem (Picture Archiving and Communication System - PACS) no SADT, integrado ao sistema de gestão para o diagnóstico e elaboração do laudo (Radiology Information System – RIS), assim como a disponibilização do Exame de Imagem ao paciente através do acesso online.

É importante reforçar que esta tecnologia integrada estará disponivel para toda a Rede de Serviços da Policlínica, o exame de imagem do Paciente estará acessível para todas as Unidades de Saúde do Estado de Goiás, prevenindo o paciente de exposição a radiação de forma desnecessária, otimizando a agenda do SADT para atender novos pacientes e permitir que a área médica possa acompanhar a evolução através do histórico de imagens e laudo integrado ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

PRODUÇÃO ATUAL

PLC-FORMOSA

EXAME	REALIZADO	MENSAL	ANO
Audiometria	10	10	120
Cistoscopia	10	10	120
Colonoscopia	39	39	468
Colposcopia	10	10	120
Densitometria Óssea	59	58	708
Doppler Vascular	85	85	1.020
Ecocardiografia	75	75	900
Eletrocardiografia	114	114	1.368
Eletroencefalografia	12	12	144
Eletroneuromiografia	9	9	108
Endoscopia	46	46	552
Emissões otoacústica	10	10	120
Espirometria	10	10	120
Holter	47	47	564
Mamografia	75	75	900
Mapa	42	42	504
Nasofibroscopia	10	10	120
Punção Aspirativa por Agulha Fina	10	10	120
Punção Aspirativa por Agulha Grossa	10	10	120
Radiologia	336	336	4.032
Teste Ergométrico	48	48	576
Tomografia Computadorizada	307	307	3.684
Ultrassonografia	486	486	5.832
Urodinâmico	10	10	120
Videolaringoscopia	10	10	120
PRODUÇÃO	1.880	1.880	22.560

A produção de exames de diagnóstico por imagem na unidade poderá ser ampliada conforme as necessidades contratuais, acompanhando a implementação

dos protocolos de atendimento apresentados nesta proposta, bem como a modernização dos equipamentos.

PRINCIPAIS FUNCIONALIDADES

- Permitir marcação exames "online", facilitando a escolha do usuário do melhor dia e horário;
- Permitir o cadastro dos exames de diagnóstico por imagem com os seguintes critérios:
    - Código;
    - Nome;
    - Mnemônico;
    - Código SIGTAP;
    - Dias de entrega (cálculo da entrega baseado no tipo de exame);
    - Restrição por sexo;
    - Número de solicitações do exame para o período;
    - Impressão em página única;
    - Orientações de preparo;
    - Setor de realização;
    - Dias da semana que o exame é realizado;
    - Perguntas relacionadas aos exames;
    - Modalidade do exame;
    - Gastos padrão inerentes à realização dos exames e Especialidade do exame.
- Permitir configurar os exames que são proibidos de serem realizados no mesmo dia;
- Permitir configurar as modalidades dos exames;

- Permitir a configuração de textos pré-definidos para serem relacionados aos laudos dos exames de imagem, tal recurso visa carregar de forma automática o texto ao resultado do exame;
- Permitir a configuração dos perfis de acesso e restrições aos usuários do setor de imagem;
- Permitir a publicação do resultado do laudo na internet;
- Permitir a configuração do motivo de cancelamento dos exames;
- Integrar ao Sistema CRE/SERVIR/GERCON para o agendamento de exames;
- Integrar aos painéis de atendimento e chamada do paciente;
- Permitir que a recepção selecione a senha em uma lista de atendimento e faça a chamada do paciente de forma eletrônica;
- Permitir associar a senha de atendimento emitida pelo paciente com a agenda do Centro de Diagnóstico;
- Ao associar a senha a agenda do paciente, a recepção deverá iniciar o registro do atendimento do paciente, executando uma pesquisa na base de dados do hospital para verificar se o paciente já possui cadastro na instituição (prevê-se a integração com o sistema de central de agendamento).
- A pesquisa terá que ser com as seguintes opções:
    - Prontuário (matrícula);
    - Cadastro Nacional da Saúde (CNS);
    - Nome;
    - Sobrenome;
    - Data de nascimento;
    - CPF;
    - Nome da Mãe.

- Permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca;
- Permitir fazer busca fonetizada do paciente;
- Permitir fazer a pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- Caso não seja encontrado o paciente com as mesmas características no banco de dados o usuário criar o cadastro do paciente;
- O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento, possuir configuração de quais campos devem ser habilitados e quais campos devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento;
- O cadastro do paciente poderá conter 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 (CNS);
    - 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;

- Integrar ao sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Permitir realizar a atualização do cadastro do paciente durante o registro do atendimento com as seguintes informações:
  - Data;
  - Hora;
  - Médico;
  - SUS;

- Tipo de atendimento;
- Serviço;
- Tipo de Paciente;
- Local de Procedência;
- Destino;
- Especialidade;
- Responsável pelo Paciente.

- Caso o atendimento tenha sido agendado os campos devem ser preenchidos automaticamente com as informações fornecidas no agendamento;
- Após o registro do atendimento permitir ao usuário fazer a emissão dos seguintes documentos:
  - Etiqueta de Identificação com Código de Barras;
  - Termo de Responsabilidade.
- Após o registro do atendimento permitir o usuário registrar o pedido de exames de imagem associado ao atendimento com as seguintes informações:
  - Médico solicitante;
  - Setor solicitante;
  - Tipo de solicitação e
  - Exame (rotina).
- Para os exames agendados carregar automaticamente na tela do pedido os exames que foram previamente agendados pela central de marcação;
- Permitir o registro de atendimentos e do pedido de exames dos pacientes não agendados;
- Permitir a emissão do comprovante de exames;

- Lançar automaticamente os procedimentos correspondentes na conta do paciente no módulo de faturamento de AIH identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e setor executante;
- Integrar ao prontuário eletrônico do paciente;
- Permitir o registro do laudo do exame realizado;
- Permitir registrar a revisão do laudo do exame;
- Alterar automaticamente o status de acordo com as etapas realizadas no processo de realização, revisão, impressão e entrega do laudo;
- Permitir registrar a entrega dos exames aos pacientes ou acompanhantes;
- Permitir o registro dos gastos de materiais e medicamento utilizados na execução do exame;
- Permitir a exclusão do pedido de exames (caso não tenha sido realizado);
- Apresentar a notificação dos laudos alterados;
- 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.

SISTEMA PACS

A solução PACS para a central de laudos da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** será projetada para instalação em um único servidor central, equipado com fontes de alimentação redundantes, processadores de alto desempenho, interface de rede robusta e discos redundantes, garantindo todos os recursos necessários para um gerenciamento eficiente do departamento de imagens, totalmente digital e livre de filmes.

A solução proposta permitirá a integração completa com os sistemas de agendamento, recepção, execução de exames e visualização de laudos no prontuário do paciente. Além disso, o sistema deverá suportar a operação em múltiplos centros de diagnóstico, assegurando a identificação única dos registros dos pacientes e a localização eficiente dos exames.

O PACS contará com todas as licenças DICOM necessárias para transmissão, armazenamento, consulta, recuperação e impressão de imagens, além de suporte multimodalidade para equipamentos médicos, incluindo TC, RM, angiografia XA, cardiografia XA, ultrassonografia, medicina nuclear, CR, ES, DR, DF, RF e sistemas de captura secundária.

O armazenamento de imagens será realizado online, com a possibilidade de expansão de capacidade conforme a necessidade da unidade, utilizando tecnologia de discos RAID nível 5 para maior segurança e eficiência. As estações de trabalho estarão equipadas com monitores diagnósticos que atendem à norma FDA 510K e à DICOM Part 14, adaptando-se a diferentes aplicações e especialidades. Além disso, estarão instalados todos os softwares necessários para o diagnóstico de imagens, com integração ao prontuário do sistema de gestão.

Essas estações estarão equipadas com capacidade para gravação de DVDs, impressão em papel ou filme, e softwares de visualização avançada, que incluirão funcionalidades como zoom, janelamento, identificação de imagens-chave, rotação, realce, visualização em cine, medições, ângulos, ROI, além de reconstrução em MIP, MPR e 3D. A solução também proporcionará um sistema de distribuição e visualização via web, um sistema automatizado para gravação de DVDs e um robusto sistema de backup de imagens com recuperação de dados offline, garantindo a integridade e acessibilidade das informações. O sistema contemplará os seguintes recursos:

- **Integração com Sistemas:** A solução garantirá a integração com os sistemas HIS (Hospital Information System), RIS (Radiology Information System) e PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente), entre outros softwares de gerenciamento da unidade. Esses

sistemas contêm, através de um banco de dados robusto, todas as informações essenciais para o pleno funcionamento do PACS.

- **Gerenciamento e Armazenamento de Imagens:** O PACS proporcionará o gerenciamento e armazenamento online de imagens por um período a ser definido conforme as necessidades da Policlínica, permitindo a exibição em qualquer estação de trabalho na rede em menos de 5 segundos.

- **Plataforma Web Amigável:** O sistema contará com uma plataforma totalmente web, intuitiva e de fácil aprendizado para os usuários, permitindo consultas sem limites de licenças ou usuários, tanto para exames realizados dentro quanto fora da Policlínica, além de acesso a laudos para a Central.

- **Estações de Laudo com Múltiplos Monitores:** O sistema permitirá a utilização de no mínimo três monitores para diagnósticos médicos e clínicos nas estações de laudo, otimizando a análise das imagens.

- **Ferramentas Avançadas de Visualização:** Incluirá ferramentas de visualização e processamento de imagens, com recursos para exibição em 3D, MIP (Maximum Intensity Projection) e MPR (Multi Planar Reconstruction).

- **Operação Ininterrupta:** O software garantirá operação ininterrupta, funcionando 24 horas por dia, 7 dias por semana, mesmo durante a manutenção de módulos ou unidades do sistema.

O sistema abrangerá todas as etapas do processo, desde a captura de imagens e a elaboração de laudos até a apresentação final (consulta do laudo pelo médico e/ou paciente), oferecendo os recursos necessários para a unidade de radiologia e a instituição em um ambiente totalmente digital e livre de filmes. A seguir, estão os requisitos mínimos que o sistema deverá atender:

- **Infraestrutura Robusta:** Instalação em um único rack contendo servidores redundantes que operam sincronicamente e isoladamente em situações de contingência, com toda a infraestrutura necessária (nobreaks, fontes de alimentação, rede, storage, cabos, KVM e dispositivos periféricos) para suportar a solução.

- **Conformidade com Normas:** Aderência aos padrões e normas de mercado para comunicação e integração entre sistemas voltados para a área médica, incluindo DICOM, HIPAA, IHE e HL7.

- **Interface em Português:** Software totalmente disponível em português, facilitando a compreensão e uso por parte dos usuários.
- **Compatibilidade:** Integração com LDAP e DHCP para gerenciamento eficiente de redes.
- **Plataforma Web Intuitiva:** O software será voltado para uma plataforma web, proporcionando uma interface de fácil utilização e aprendizado para os usuários.
- **Distribuição de Imagens:** Imagens sempre distribuídas em formato DICOM 3.0 através das redes LAN e WAN, utilizando o protocolo TCP/IP.
- **Visualização em Tempo Real:** Possibilidade de visualizar imagens armazenadas em tempo real.
- **Manipulação de Imagens Coloridas:** Permitir a manipulação e visualização de imagens em cores.
- **Escalabilidade:** O software possibilitará a ampliação do número de usuários conforme a demanda.
- **Compactação de Imagens:** Capacidade de compactação de imagens DICOM, com ou sem perda, para armazenamento e distribuição por meio da web e da rede interna.
- **Armazenamento Ilimitado:** Não haverá limites no armazenamento de exames e imagens.
- **Acesso Garantido a Informações:** As informações acessadas pelos usuários serão obtidas a partir de fontes de dados confiáveis, disponíveis de forma online ou offline.
- **Segurança de Dados:** Dados trafegados pela rede serão criptografados para proteção adicional.
- **Localização e Recuperação Eficiente:** Permitir a localização e recuperação de listas de imagens por meio de "DICOM QUERY/RETRIEVE", a partir do local onde estão armazenadas.
- **Multiusuário:** O sistema será multiusuário, permitindo que vários usuários insiram dados simultaneamente em uma mesma tarefa, mantendo a integridade dos dados e respeitando os perfis de acesso, além de possibilitar que diversos usuários consultem a mesma informação ao mesmo tempo.

- **Controle de Acesso Seguro:** O controle de acesso será realizado por meio de senhas com privilégios por perfil de usuário, juntamente com certificação digital, garantindo a rastreabilidade das ações dos profissionais através da geração de logs de acesso durante tarefas de gravação, alteração, exclusão e consulta de informações.

- **Conectividade com Equipamentos DICOM:** O sistema garantirá conectividade e comunicação com equipamentos de radiologia que utilizem o padrão DICOM, independentemente da marca ou fabricante.

- **Suporte a Diversas Modalidades:** Não haverá limitações em relação às modalidades de exames (como ultrassom, mamografia, raio-X, tomografia, endoscopia, colonoscopia, entre outros) e na volumetria de exames.

- **Conectividade com Equipamentos Não DICOM:** O sistema permitirá a conectividade e comunicação com equipamentos de radiologia que não utilizem o padrão DICOM, mas que possibilitem a captura de imagem através de software, placas e outros dispositivos.

- **Integração com Equipamentos de Importação de Imagens:** Conectividade com FCRs e outros equipamentos para importação de imagens.

- **Módulo de Gerenciamento de Laudos:** Um módulo dedicado à gestão da central de laudos permitirá a transmissão, exibição, comparação, seleção e tratamento de imagens de exames, além da elaboração de laudos, tanto local quanto remotamente.

- **Assinatura Eletrônica:** O sistema permitirá a assinatura eletrônica dos laudos, conforme a legislação vigente.

- **Classificação Automática:** Possuirá um sistema de classificação automática de rótulos de exames, utilizando a sigla da unidade.

Estações de Trabalho para Laudos

As estações de trabalho dedicadas à elaboração de laudos serão projetadas com as seguintes características:

- Configuração de Monitores: Cada estação contará com no mínimo três monitores, com a capacidade de suportar até quatro monitores para estudos de casos complexos.

- Desempenho Rápido: As estações exibirão as imagens em menos de cinco segundos, operando em uma rede com velocidade de 10/100 Mbps.

- Interface Intuitiva: Disponibilizarão um menu de imagens para facilitar a busca, visualização e navegação.

- Recuperação de Exames Anteriores: Permitirão a recuperação de exames anteriores, possibilitando comparações e a verificação da evolução do diagnóstico para a determinação do quadro clínico do paciente.

- Inclusão Simultânea de Laudos: Será possível incluir laudos enquanto se acessam as imagens, otimizando o fluxo de trabalho.

- Exportação de Imagens: Permitirá a exportação de imagens nos formatos DICOM, JPEG, TIFF, GIF, AVI e BMP, facilitando a interoperabilidade.

- Identificação de Estruturas: A funcionalidade permitirá a identificação de tecidos e estruturas de alta densidade nas imagens.

- Manipulação de Imagens: Os usuários poderão visualizar as imagens com recursos de inversão, rotação, cópia e giro.

- Marcação de Imagens de Interesse: Haverá a possibilidade de marcar imagens relevantes para o diagnóstico (key images).

- Copiar para Área de Transferência: Será viável copiar imagens para a área de transferência para uso em outros documentos ou aplicativos.

- Visualização Múltipla: Permitirá a visualização de várias imagens referentes a um exame na mesma tela, facilitando a análise comparativa.

- Manipulação de Medidas: A plataforma possibilitará medições de distância, ângulo e densidade de áreas nas imagens.

- Anotações e Comentários: Será permitido gravar, alterar e excluir anotações e comentários feitos nas imagens durante as análises.

- Cortes Contínuos em Modo Cine: O sistema realizará e visualizará cortes contínuos de imagens em modo cine, controlando a velocidade e a direção da reprodução.

- Inclusão de Medidas e Anotações: O recurso "magnify" permitirá a inclusão de medidas e anotações diretamente nas imagens.

- Reconhecimento de Voz: Terá a funcionalidade de reconhecimento de voz (speech recognition) para que o radiologista possa gravar laudos diretamente por meio de microfones digitais.

Servidores Empregados no Sistema PACS

- Capacidade de Processamento: Os servidores contarão com memória e processadores suficientes e compatíveis para suportar o processamento da aplicação e do banco de dados.

- Armazenamento: Possuirão capacidade de armazenamento para reter as imagens em disco por um período de seis meses, baseado na volumetria de exames gerados nesse período.

- Conectividade Rápida: Permitirá a conexão para LAN Fast Ethernet (10/100/1000 Mbps), assegurando transferência de dados eficiente.

- Interface com Equipamentos Não DICOM: Contemplará os acessórios necessários para a interface entre os equipamentos que não possuem a tecnologia DICOM, como DICOM Box ou placas de interface, caso seja necessário.

ANATOMIA PATOLÓGICA

- Permitir o cadastro dos layouts do mapa de trabalho, onde o médico efetuará o rascunho das informações do exame do paciente;

- Permitir o cadastro dos textos abreviados, buscando a agilidade no momento de digitação dos resultados de exames com frases pré-definidas;

- Permitir o cadastro das peças a serem identificadas no processo de análise de exames anatomia patológica, identificando por código interno e descrição;

- Permitir o cadastro dos Diagnósticos de Anatomia, classificados por código e tipo (topologia ou morfologia) que fazem parte do processo de digitação do resultado do exame;

- Permitir a identificação em relatório do Mapa de trabalho / Laudo de Exame, o histórico das peças que já foram realizadas as biópsias para o paciente em análise;

- Permitir no momento da digitação do resultado dos exames de anatomia patologia, a divisão do resultado em Macroscópico, Microscópico e Diagnóstico.

- O fluxo de digitação de resultado se inicia com o usuário informando a peça que será, em seguida na fase de macroscópico e o usuário digita o resultado parcial, e caso exista médico residente este poderá estar analisar os dados do processo;

- Permitir a emissão de etiquetas com informação da peça, procedimento analisado, paciente e médico;

- Permitir o controle de exames atrasados, informar o usuário quais exames estão pendentes em cada fase do processo de análise, digitação e aprovação dos exames.

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

- Permitir o cadastro dos componentes de sangue e derivados com o código, descrição, código SIGTAP;

- Integrar ao módulo de prescrição eletrônica, ao prescrever um item de hemoderivados, gerar de forma automática a solicitação eletrônica no sistema de banco de sangue;

- Permitir a confirmação dos pedidos de solicitação de derivados de sangue que tenham sido solicitados de forma eletrônica via prescrição;

- Permitir fazer o cancelamento dos pedidos de solicitação de derivados de sangue que tenham sido solicitados de forma eletrônica via prescrição;

- Lançar automaticamente os procedimentos na conta do paciente, identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e setor executante;

- Permitir exportar arquivo de integração, contendo todos os atendimentos que possuíram solicitações de hemoderivados ao banco de sangue para um determinado período;

- Disponibilizar relatório para a consulta de solicitações de hemoderivados ao banco de sangue;

CENTRAL DE MATERIAIS ESTERILIZADOS (CME)

- Cadastro dos tipos de embalagens com código e descrição;

- Cadastro das máquinas esterilizadoras;

- Cadastro dos tipos de instrumentais com código, descrição, tempo de esterilização e temperatura;

- Cadastro dos tipos de caixas cirúrgicas com código, descrição, tempo médio de esterilização, tempo de volume de produção e quantidade de componentes;
- Cadastro dos tipos de esterilização;
- Cadastro das localidades do arsenal com código, corredor, prateleira, armário e box;
- Cadastro do Motivo de Cancelamento;
- Cadastro do Composição de Kits com descrição, tipo de embalagem, setor principal, tipo de instrumental, tipo de esterilização, instrumentais e fotos dos instrumentais de composição, localização do arsenal, quantidade de etiquetas para preparo e etiquetas para esterilização;
- Registrar a entrada da caixa e os respectivos instrumentais no expurgo;
- Registrar a entrada da caixa e os respectivos instrumentais no processo de desinfecção;
- Registrar a entrada da caixa e os respectivos instrumentais no processo de preparo;
- Registrar a entrada da caixa e os respectivos instrumentais no processo de esterilização;
- Registrar a digitação dos testes físico, químico e biológico;
- Registrar a entrada das caixas e os respectivos instrumentais ou dos instrumentais no arsenal;
- Registrar a transferência das caixas e os respectivos instrumentais ou somente os instrumentais para o centro cirúrgico.

ALMOXARIFADO E FARMÁCIA

CADASTROS E CONFIGURAÇÃO

- Permitir o cadastro das espécies dos produtos no mínimo em 3 (três) níveis;
- Permitir o cadastro de fornecedores com as seguintes informações:
  - ✓ Razão Social;
  - ✓ Nome Fantasia;
  - ✓ CNPJ;

- ✓ Inscrição Estadual;
- ✓ Inscrição Municipal;
- ✓ Endereço;
- ✓ Tipo (física ou jurídica);
- ✓ Tipo de Constituição;
- ✓ Inscrição INSS;
- ✓ Ramo de Atividade;
- ✓ Contatos;
- ✓ Contrato;
- ✓ Tipo de Atividade;
- ✓ Formas de Comunicação;
- ✓ Dados Bancários e
- ✓ Dados de Internet.

- Permitir o cadastro de Estoque com a definição do código, nome, tipo, se utiliza controle por código de barras, se utiliza endereçamento de produtos e setor;
- Permitir o cadastro de Produto com as seguintes informações:
  - ✓ Código;
  - ✓ Descrição;
  - ✓ Descrição Resumida;
  - ✓ Tipo de Produto;
  - ✓ Unidade;
  - ✓ Sexo;
  - ✓ Código SIAF;

- ✓ SIAGEM;
- ✓ SIAFEM;
- ✓ Espécie;
- ✓ Classe;
- ✓ Subclasse;
- ✓ Controle de Curva ABC;
- ✓ Controle de Lote;
- ✓ Controle de Validade;
- ✓ Etiqueta de Código de Barras;
- ✓ Procedimento;
- ✓ Bloqueia;
- ✓ Movimenta;
- ✓ Caráter;
- ✓ Padronizado;
- ✓ Lista (PORTARIA Nº 344, DE 12 DE MAIO DE 1998(*));
- ✓ 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;
- Permitir 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 Fórmulas 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;
- Classificar automaticamente o produto na curva ABC, baseando-se nas movimentações da quantidade de consumo e custo;
- Calcular automaticamente o ponto de pedido baseado nos critérios ABC x XYX e o tempo de reposição;
- Calcular automaticamente o estoque mínimo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para a reposição;
- 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;
- Calcular automaticamente a sugestão de compras do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo de compras;
- Permitir a configuração de espécie de produto x estoque;
- Permitir a configuração de usuários x estoque;
- Permitir a configuração de usuários x espécie;
- Permitir a configuração de operações que podem ser realizadas por usuário e por estoque;
- Permitir a configuração de etiquetas de códigos de barras.

ENTRADA DE PRODUTOS

- Registro da entrada de produtos através da entrada por nota fiscal, onde o usuário, ao informar a ordem de compras, caso 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;
- ✓ Quantidade 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.

- Permitir o registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por doação;
- Permitir o registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por vale;
- Permitir o registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por empréstimo;
- Permitir o registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por produção (reprocessamento ou manipulação);
- Permitir o registro da entrada de serviços através da entrada por nota fiscal de prestação de serviços;
- Permitir o registro da entrada de produtos consignados no estoque sem nota fiscal de consumo;
- 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.

SAÍDA DE PRODUTOS

- Permitir 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 são apresentadas em tela para o atendimento e a dispensação, a partir desta opção o almoxarifado poderá registrar/confirmar a dispensação;
- Permitir registrar a saída de produtos para consumo do setor e o lançamento no custo do setor;
- Permitir registrar a saída de produtos para consumo do paciente onde o lançamento no custo será no atendimento do paciente e no setor de consumo;
- Permitir registrar a saída de produtos para consumo do gasto de sala, onde o lançamento do custo sairá no aviso de cirurgia, no atendimento do paciente e no setor de consumo;
- Permitir 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;
- Permitir registrar a saída de empréstimo;
- Permitir registrar a saída de produtos para fornecedor;
- Gerar automaticamente a solicitação de produtos para o paciente a partir do fechamento da prescrição eletrônica no prontuário eletrônico do paciente.

DEVOLUÇÃO DE PRODUTOS AO ESTOQUE

- Permitir 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 são apresentadas em tela para o atendimento e a confirmação de devolução, a partir desta opção o almoxarifado irá registrar/confirmar a devolução do produto ao estoque;
- Permitir registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do setor com o lançamento do motivo da devolução;
- Permitir registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do paciente com o lançamento do motivo da devolução;
- Permitir registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do gasto de sala com o lançamento do motivo da devolução;
- Permitir registrar a devolução de produtos para fornecedor com o lançamento do motivo da devolução.

OUTRAS MOVIMENTAÇÕES

- Permitir o registro da baixa de produtos informando o motivo da baixa;
- Permitir o registro da transferência de produtos entre estoques;
- Permitir o registro da confirmação da transferência de produtos entre estoques;
- Permitir o registro da transferência de produtos entre empresas;
- Permitir o registro do recebimento da transferência de produtos entre empresas;
- Permitir o registro da produção de Kits de Produtos, materiais e medicamentos;
- Permitir a emissão dos livros de controle de medicamentos controlados pela PORTARIA Nº 344, DE 12 DE MAIO DE 1998(*) como também a emissão dos termos de abertura;
- Permitir registrar a confirmação de consumo dos materiais e medicamentos dispensados ao paciente;
- Permitir o registro de recebimento das solicitações de produtos ao estoque;

- Permitir a liberação e o bloqueio pelo farmacêutico da dispensação de materiais e medicamentos para o paciente.

INVENTÁRIO

- Permitir registrar a abertura de inventário, onde poderá escolher o almoxarifado, o item, a localização ou todos dos produtos de uma determinada espécie, espécie e classe ou classe e subclasse;
- Permitir registrar as quantidades das contagens dos produtos em inventário;
- Possuir rotina de geração do inventário;
- Possuir rotina da geração do balanço de inventário.

CÁLCULOS E FECHAMENTOS

- Permitir fazer o fechamento do estoque, não permitindo mais alterações após o fechamento transações e operações dentro do período fechado;
- Permitir a realização/execução dos cálculos da curva ABC;
- Permitir realizar cálculos de estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras de acordo com os critérios previamente determinados na configuração;
- Permitir fazer o bloqueio de movimentação de itens de estoque de um ou de todos os lotes de um determinado produto.

OUTRAS TRANSAÇÕES E CONSULTAS

- Disponibilizar relatório para consulta de saldos do estoque do produto;
- Disponibilizar relatório para a consulta de dados consolidados do produto;
- Disponibilizar relatório para a consulta de produtos críticos;
- Disponibilizar relatório para a consulta de consumo de produtos por setor.

PATRIMÔNIO

- Cadastro de classificação dos bens patrimoniais em 2 níveis, com o código, descrição e a taxa (%) de depreciação anual;
- Cadastro de Localizações com código e descrição associada ao setor;
- Cadastro de Motivos de Baixa dos Bens;
- Cadastro de Tipo de Aquisição;
- Permitir a configuração da forma de depreciação dos bens patrimoniais (agrupada ou detalhada);
- Permitir configurar a forma de cálculo da depreciação (gradativa ou linear);
- Configurar a classificação contábil dos bens, relacionando-os aos ativos e as depreciações;
- Permitir realizar o tombamento dos bens a partir da entrada da NF no estoque;
- Cadastro dos bens no momento do tombamento com as seguintes informações:
    - Descrição da plaqueta;
    - Descrição do bem;
    - Número de série;
    - Marca;
    - Modelo;
    - Especificações técnicas;
    - Acessórios;
    - Tipo de aquisição;
    - Espécie;
    - Classe;
    - Subclasse;

- Classificação;
- Subclassificação;
- Permanente;
- Localização do bem;
- Forma de depreciação;
- Dados da compra;
- Anexar documentos do bem com manuais;
- Tempo de vida útil a partir da taxa de depreciação.

- Permitir o registro do bem patrimonial pelo setor, a localização física, debitando o custo da depreciação no setor correspondente;
- A partir do tombamento do bem patrimonial, gerar automaticamente ao setor de manutenção, todas as manutenções preventivas que devem ocorrem dentro do tempo de vida útil do bem tombado;
- Cadastro de apólices de seguros e os bens segurados nas apólices;
- Registro de Baixa dos Bens Patrimoniais e os motivos da baixa;
- Permitir agregar um ou mais bens patrimoniais a um bem;
- Reavaliar um bem patrimonial, informando o novo tempo de vida útil e recalculando automaticamente a taxa de depreciação anual;
- Permitir a importação dos bens patrimoniais a partir de uma planilha previamente estruturada;
- Calcular a projeção de depreciação do bem patrimonial a partir das taxas previamente estabelecidas no seu tombamento/cadastro;
- Realizar a depreciação do bem patrimonial a partir das taxas previamente estabelecidas no seu tombamento/cadastro;

- Registrar a movimentação dos bens patrimoniais entre setores e localidades, armazenando todo o histórico das movimentações;
- Permitir a emissão de planilha de conferência dos bens por setor e localidade para realização do inventário físico dos bens patrimoniais;
- Permitir a emissão de relatórios do balanço patrimonial, depreciações realizadas, inventário de bens por setor, baixas de bens por motivo.

FATURAMENTO

FATURAMENTO SUS – AMBULATORIAL (BPA E APAC)

- Permitir fazer a importação da tabela SIGTAP;
- Permitir fazer a importação do arquivo CNES;
- Permitir fazer a importação da tabela de CEP disponibilizada pelo DATASUS;
- Permitir fazer a configuração dos prestadores e os respectivos CBO's;
- Permitir registrar o caráter de atendimento;
- Permitir cadastrar o motivo de descarte;
- Cadastro do Tipo de Financiamento;
- Cadastro do motivo de glosa BPA;
- Permitir fazer o lançamento automático na fatura BPA dos procedimentos correspondentes e que foram realizados nos setores de diagnóstico e atendimento;
- Permitir fazer o lançamento automático na fatura APAC dos procedimentos de alta complexidade correspondentes e que foram realizados nos setores de diagnóstico e atendimento;
- Validar automaticamente as regras DATASUL (Sexo x Procedimento, Idade x Procedimento, Procedimento x Diagnóstico, Procedimento x CBO, prestador x CBO e CEP);
- Extrair arquivos de produção ambulatorial (BPA e APAC) no padrão DATASUS para envio da produção mensal para a Secretária de Saúde;

- Validar automaticamente as regras do DATASUS e imprimir o relatório de inconsistências para que os usuários possam fazer os devidos ajustes;
- Permitir o controle de faturamento pelos tetos orçamentários por subgrupo, por procedimento, por setor e por grupo de procedimento;
- Gerar a exportação do BPA e APAC
- Permitir a renovação de APAC;
- Permitir a emissão de laudo para emissão de APAC;
- Permitir criar a ficha de frequência de APAC;
- Permitir a cópia de APAC;
- Permitir o lançamento manual dos procedimentos de alta complexidade na fatura APAC.

CONTROLADORIA

CONTROLE FINANCEIRO

CONFIGURAÇÃO DE TABELAS

- Permitir o cadastro da empresa com as seguintes informações:
  - ✓ Nome Fantasia;
  - ✓ Razão Social;
  - ✓ CNPJ;
  - ✓ Inscrição Estadual;
  - ✓ Inscrição Municipal;
  - ✓ Inscrição na Junta Comercial;
  - ✓ Endereço;
  - ✓ Número;
  - ✓ Bairro;

- ✓ Cidade;
- ✓ CEP;
- ✓ Telefone;
- ✓ Tipo de Empresa (Matriz, Filial, Holding, Controladora, Controlada, Outras);
- ✓ Nome do Diretor;
- ✓ Nome do Contador;
- ✓ Nome do Tesoureiro e
- ✓ Nome do Gestor.

- Permitir o cadastro de bancos com as seguintes informações: Código (Padrão FEBRABAN, Descrição do Banco) e as configurações para a emissão do cheque através de impressoras e caminho onde serão gerados os arquivos de remessa e retorno de pagamento para o referido banco;
- Cadastro dos Tipos de Contas Correntes;
- Permitir o cadastro das contas correntes com as seguintes informações:
  - ✓ Código;
  - ✓ Descrição da Conta;
  - ✓ Código do Banco;
  - ✓ Código Agência;
  - ✓ Descrição Agência;
  - ✓ Número da Conta;
  - ✓ Tipo de Conta Corrente;
  - ✓ Nome do Gerente;
  - ✓ Conta Especial (sim ou não) e
  - ✓ Valor do Limite da Conta em caso de conta especial.

- Permitir o cadastro dos talões de cheques ativos e a vinculação a conta corrente, assim como prever o número do talão, número inicial do cheque do talão, número do cheque final do talão;

- Permitir o cadastro de Fornecedores e clientes com as seguintes especificações:

  - ✓ Razão Social;
  - ✓ Nome Fantasia;
  - ✓ CNPJ;
  - ✓ Inscrição Estadual;
  - ✓ Inscrição Municipal;
  - ✓ Endereço;
  - ✓ Bairro;
  - ✓ Cidade;
  - ✓ CEP;
  - ✓ UF;
  - ✓ Tipo de Pagamento (Crédito em Conta Corrente, Cheque, Dinheiro, PIX, DOC);
  - ✓ Tipo (Pessoa Física ou Jurídica);
  - ✓ Tipo (cliente/Fornecedor);
  - ✓ Dados Bancários (Banco, Conta Corrente e Agência);
  - ✓ Pessoas de Contato;
  - ✓ Formas de Comunicação;
  - ✓ Ramo de Atividade;
  - ✓ Contrato (arquivar documento);
  - ✓ Anexo de Documentos do Cliente/Fornecedor e

- ✓ Contas Contábeis.

- Permitir o registro de tipos de Impostos com as seguintes informações:
  - ✓ Código;
  - ✓ Descrição;
  - ✓ Atividade do Imposto;
  - ✓ Variação;
  - ✓ Dias de Vencimento;
  - ✓ Tipo de Vencimento;
  - ✓ Tipo de Incidência;
  - ✓ Valor Mínimo de Recolhimento;
  - ✓ Faixas de Desconto e
  - ✓ Percentual de Desconto por Faixa.
- Permitir registrar os tipos de descontos e acréscimos com as seguintes informações:
  - ✓ Código;
  - ✓ Descrição;
  - ✓ Tipo;
  - ✓ Cód. Conta Contábil e
  - ✓ Cód. Conta de Custo.
- Permitir o registro dos Tipos de Lançamentos de Extrato Bancário com as seguintes informações:
  - ✓ Código;
  - ✓ Descrição;
  - ✓ Tipo de Operação (soma ou deduz do saldo) e se permite conciliação bancária.

- Permitir registrar os tipos de documentos com as seguintes informações:
    - ✓ Código;
    - ✓ Descrição;
    - ✓ Tipo do Documento (a pagar, a receber ou ambos);
    - ✓ Tipo de Entrada (Nota Fiscal, Nota Fiscal de Serviço, Vale, Nota Fiscal de Doação, Nota Fiscal de Empréstimo, Nota Fiscal de Devolução).

CONTAS A PAGAR

- Integrar ao módulo de controle de estoques/almoxarifados e permitir fazer a importação automática para o módulo de contas a pagar de todas as notas fiscais de produtos que tiverem a sua entrada registrada no almoxarifado/estoque, sem a necessidade de que os dados sejam lançados no módulo financeiro novamente;
- Permitir fazer o registro de adiantamento de contas a pagar a fornecedores e não fornecedores, gerando automaticamente o registro de contas a pagar e a emissão de recibo de adiantamento;
- Gerar automaticamente o cálculo e a retenção dos impostos das notas fiscais de serviços que foram registradas nos devidos setores e oficinas, gerando o compromisso a pagar dos impostos nas datas previstas e que foram configuradas as regras no cadastro de impostos;
- Permitir o compartilhamento automático nas contas contábeis das notas fiscais importadas do sistema de almoxarifado/estoque de acordo com os produtos adquiridos e que tiveram a sua entrada registrada;
- Permitir o registro manual de um compromisso a pagar com as seguintes informações:
    - ✓ Tipo de Documento;
    - ✓ Data da Emissão;
    - ✓ Data do Lançamento;
    - ✓ Tipo de Vencimento;
    - ✓ Fornecedor;

- ✓ Número do Documento;
- ✓ Série;
- ✓ Valor do Documento;
- ✓ Valor de Desconto;
- ✓ Valor de Acréscimo;
- ✓ Conta Contábil;
- ✓ Número de Parcelas;
- ✓ Data do Vencimento;
- ✓ Tipo de Quitação;
- ✓ Valor da Parcela/Documento;
- ✓ Código da Conta Contábil;
- ✓ Valor Compartilhamento da Conta Contábil;
- ✓ Código de Barras do Documento (boleto).

- Permitir o registro das previsões de contas a pagar, para que a partir destes dados, a contabilidade possa analisar o fluxo de caixa com as previsões que estão programadas para o período de análise;
- Integrar ao módulo de compras, considerando que a "Ordem de Compra" com status autorizado deve ser importada automaticamente para o módulo de contas a pagar com o status "previsto" e ela deverá ser automaticamente eliminada/baixada quando a referida OC autorizada tiver seu recebimento registrado no sistema de almoxarifado/controle de estoque;
- Permitir o registro de lotes de pagamentos para uma data ou um período de dias. Os lotes de pagamento deverão conter as seguintes informações:
  - ✓ Código do Lote;
  - ✓ Descrição do Lote;

- ✓ Fornecedor (es);
- ✓ Número do documento;
- ✓ Valor do documento;
- ✓ Valor de desconto ou acréscimo se houver, tipo de desconto ou acréscimo se houver;
- ✓ Data do vencimento.

- Permitir fazer a autorização eletrônica dos lotes de pagamento gerados pela área de contas a pagar, as autorizações devem possuir mais de um nível de autorização e cada nível deve possuir o valor de alçada para autorização;
- Permitir registrar o pagamento dos compromissos ou dos lotes de pagamentos com as seguintes informações:
  - ✓ Tipo de Pagamento;
  - ✓ Banco de Pagamento;
  - ✓ Conta Corrente (para caso de pagamentos em cheque, débito em conta corrente, DOC, PIX, Boleto);
  - ✓ Número do Talão e Número do Cheque (para pagamentos em cheque);
  - ✓ Código do Caixa (para pagamentos em dinheiro);
  - ✓ Valor Pago;
  - ✓ Valor do Desconto (caso receba desconto);
  - ✓ Valor do Acréscimo (caso pague em atraso com incidência de juros e multa).
- Gerar automaticamente o arquivo eletrônico de pagamento no padrão do Banco ou FEBRABAN para envio para os bancos realizarem os pagamentos;
- Permitir fazer o cancelamento de um pagamento ou de todos os pagamentos registrados, informando o motivo do cancelamento, onde o sistema deve reabrir automaticamente (cancelar a quitação);

- Permitir fazer a suspensão de um pagamento ou de todos os pagamentos registrados, informando o motivo da suspensão e deve reabrir automaticamente (cancelar a quitação) os mesmos;
- Permitir fazer o registro da baixa de contas ou dispor de mecanismo que faça automaticamente a baixa no registro de pagamento;
- Permitir fazer o registro da retirada de cheques que sejam pagos em carteira;
- Permitir registrar o estorno de pagamentos realizados como também registrar o motivo do estorno do pagamento;
- Permitir registrar a suspensão de um estorno de pagamento que tenha sido registrado, informando o motivo da suspensão;
- Disponibilizar consulta e pesquisa de pagamentos realizados por período e fornecedor, informando a data do pagamento, número do cheque, banco, conta corrente;
- Disponibilizar relatório para consulta de contas a pagar por período e fornecedor;
- Disponibilizar relatório para consulta de impostos retidos por fornecedor por período;
- Disponibilizar relatório para consulta de previsões de contas a pagar por período e fornecedor;
- Disponibilizar relatório de contas a pagar com filtro de período e fornecedor;
- Disponibilizar relatório de Posição de Contas à Pagar;
- Disponibilizar relatório de contas pagas por período e fornecedor;
- Disponibilizar relatório de contas pagas em atraso;
- Disponibilizar relatório de contas pagas por setor;
- Disponibilizar relatório de conta corrente do fornecedor;
- Permitir emissão de recibo de pagamentos realizados;
- Permitir emissão de Guia de Recolhimento, GPS, DARF e DAM;
- Permitir emissão de relatório de impostos por fornecedor.

CONTAS A RECEBER

- Integrar ao módulo de faturamento SUS (ambulatorial), permitir fazer a importação automática para o módulo de contas a receber de todas as remessas que tiverem a seu registro de envio no faturamento, sem a necessidade de que os dados sejam lançados no módulo financeiro novamente;
- Permitir fazer o compartilhamento automático nas contas contábeis das notas fiscais emitidas pelo faturamento de acordo com os itens/grupos de faturamento tiveram a seu registro nas contas hospitalares e ambulatoriais;
- Permitir fazer o registro manual de um compromisso a receber com as seguintes informações:
    - ✓ Tipo de Documento;
    - ✓ Data da Emissão;
    - ✓ Data do Lançamento;
    - ✓ Tipo de Vencimento;
    - ✓ Cliente;
    - ✓ Número do Documento;
    - ✓ Série;
    - ✓ Valor do Documento;
    - ✓ Valor de Desconto;
    - ✓ Valor de Acréscimo;
    - ✓ Conta Contábil;
    - ✓ Número de Parcelas;
    - ✓ Data do Vencimento;
    - ✓ Tipo de Quitação;
    - ✓ Valor da Parcela/Documento;

- ✓ Código da Conta Contábil e
- ✓ Valor Compartilhamento da Conta Contábil.

- Permitir o registro das previsões de contas a receber, para que a partir destes dados a contabilidade possa analisar o fluxo de caixa com as previsões de recebimento que estão programadas para o período de análise;
- Permitir o registro do recebimento dos títulos de contas a receber que estejam abertos no sistema com as seguintes informações:
  - ✓ Banco do Crédito;
  - ✓ Conta Corrente do Crédito;
  - ✓ Data do Crédito;
  - ✓ Valor do Crédito;
  - ✓ Histórico do Recebimento;
  - ✓ Tipo de Recebimento;
  - ✓ Acréscimos por Juros;
  - ✓ Multa e
  - ✓ Descontos Concedidos.
- Permitir a emissão de Recibo Provisório de Serviços e posteriormente a conciliação do mesmo com a Nota Fiscal Eletrônica (e-nf);
- Permitir registrar o cancelamento de contas a receber com motivo;
- Permitir estornar contas recebidas;
- Permitir cancelar estorno de contas recebidas;
- Disponibilizar consulta e pesquisa de contas recebidas por cliente e período, informando a data do recebimento, número do movimento, banco e conta corrente;
- Disponibilizar consulta de contas a receber por período e fornecedor;

- Disponibilizar consulta de previsões de contas a receber por período e fornecedor;
- Permitir emissão de relatório de contas a receber com filtro de período e cliente;
- Permitir emissão de relatório de Posição de Contas à Receber;
- Permitir emissão de relatório de contas recebidas por período e cliente;
- Permitir emissão de relatório de contas recebidas em atraso;
- Permitir emissão de relatório de contas recebidas por setor;
- Permitir emissão de relatório de conta corrente do cliente;
- Disponibilizar relatório de Resumo Geral de Contas à Receber.

CONTROLE BANCÁRIO

- Permitir conciliar conta bancária manual e automática através dos arquivos de retorno de banco;
- Permitir consultar saldos bancários;
- Permitir exportar extrato Bancário;
- Permitir extrair relatório de Transferências Bancárias;
- Permitir extrair relatório de saldo bancário;
- Permitir extrair relatório de Razão Bancário;
- Permitir extrair relatório de fluxo de caixa e fluxo de caixa gerencial;
- Permitir extrair relatório de Balancete Financeiro;
- Permitir gerenciar caixa analítico;
- Permitir extrair relatório da DIRF assim como a geração do arquivo dentro dos padrões Receita Federal;
- Permitir emitir Nota Fiscal.

SUPRIMENTOS

COMPRAS

- Cadastro das espécies dos produtos no mínimo em 3 (três) níveis;
- Cadastro de fornecedores com as seguintes informações:
  - ✓ Razão Social;
  - ✓ Nome Fantasia;
  - ✓ CNPJ;
  - ✓ Inscrição Estadual;
  - ✓ Inscrição Municipal;
  - ✓ Endereço;
  - ✓ Tipo (física ou jurídica);
  - ✓ Tipo de Constituição;
  - ✓ Inscrição INSS;
  - ✓ Ramo de Atividade;
  - ✓ Contatos;
  - ✓ Contrato;
  - ✓ Tipo de Atividade;
  - ✓ Formas de Comunicação;
  - ✓ Dados Bancários e
  - ✓ Dados de Internet.
- Cadastro de serviços com o código, descrição e unidade;
- Cadastro de Produto com as seguintes informações:

- ✓ Código;
- ✓ Descrição;
- ✓ Descrição Resumida;
- ✓ Tipo de Produto;
- ✓ Unidade;
- ✓ Sexo;
- ✓ Código SIAF;
- ✓ SIAGEM;
- ✓ SIAFEM;
- ✓ Espécie;
- ✓ Classe;
- ✓ Subclasse;
- ✓ Controle de Curva ABC;
- ✓ Controle de Lote;
- ✓ Controle de Validade;
- ✓ Etiqueta de Código de Barras;
- ✓ Procedimento;
- ✓ Bloqueia;
- ✓ Movimenta;
- ✓ Caráter;
- ✓ Padronizado;
- ✓ Lista (PORTARIA Nº 344, DE 12 DE MAIO DE 1998(*));

- ✓ Código DCB;
- ✓ Atividade;
- ✓ Especificação;
- ✓ Substituições;
- ✓ Portaria;
- ✓ Fabricantes;
- ✓ Estoque Mínimo;
- ✓ Ponto de Pedido;
- ✓ Estoque Máximo;
- ✓ Tempo de Reposição e
- ✓ Classificação XYZ.

- Cadastro do ramo de atividade com código e descrição;
- Cadastro da condição de pagamento com código, descrição e percentual de cada parcela;
- Cadastro de motivos de pedidos de compras;
- Cadastro de motivos de cancelamento de compras;
- Cadastro de justificativas da entrada de produtos sem ordem de compra
- Cadastro de compradores com código, nome e usuários associados ao comprador;
- Cadastro de tipos de empenho;
- Cadastro do tipo de atividades;
- Cadastro do tipo de modalidades;
- Configuração de fornecedores x serviços;
- Configuração de fornecedores x produtos;

- Configuração de fornecedores x ramos de atividades;
- Cadastro de perguntas de avaliação do fornecedor;
- Cadastro de respostas as perguntas de avaliação do fornecedor;
- Cadastro de fórmula de avaliação do fornecedor;
- Cadastro ranking de avaliação do fornecedor;
- Utilizar a metodologia ABC x XYZ para a definição e cálculo do estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras;
- Classificar automaticamente o produto na curva ABC, baseando-se nas movimentações da quantidade de consumo e custo;
- Calcular automaticamente o ponto de pedido baseado nos critérios ABC x XYX e o tempo de reposição;
- Calcular automaticamente o estoque mínimo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para a reposição;
- 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;
- Calcular automaticamente a sugestão de compras do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo de compras;
- Cadastro do nível hierárquico de autorização no mínimo em dois níveis com a definição dos valores máximos para autorização;
- Configurar usuários x privilégio de autorização;
- Configurar fornecedor x condição de pagamento;
- Configurar o critério de escolha do vencedor da cotação de preços nos seguintes critérios: menor preço, prazo de entrega, condição de pagamento, preço e prazo de entrega e preço e condição de pagamento.

SOLICITAÇÃO DE COMPRAS

- Permitir cadastro de solicitação de compras de produtos de maneira eletrônica com as seguintes informações:
    - ✓ Data máxima;
    - ✓ Setor;
    - ✓ Comprador;
    - ✓ Motivo do pedido;
    - ✓ Estoque de referência;
    - ✓ Produto;
    - ✓ Unidade e
    - ✓ Quantidade.
- Gerar automaticamente na solicitação de compras os produtos e as respectivas quantidades para os produtos de acordo com a sugestão de compra e o estoque máximo;
- Possuir recurso que libere/entregue a solicitação para o setor de compras de maneira automática;
- Permitir que os usuários com alçada possam autorizar de maneira eletrônica uma solicitação antes da mesma ser entregue ao setor de compras;
- Permitir o cancelamento da solicitação de compras informando o motivo;
- Permitir fazer o agrupamento de duas ou mais solicitação de compras em uma única solicitação;
- Permitir o registro do recebimento eletrônico da solicitação de compras pelos setores e os almoxarifados.

SISTEMAS DE APOIO

HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA

- Cadastro do tipo de limpeza;

- Cadastro dos funcionários do setor de limpeza;
- Permitir o registro do cancelamento de uma solicitação de limpeza;
- Disponibilizar relatório de solicitação de limpeza;

ENGENHARIA E MANUTENÇÃO

- Gerenciar as manutenções corretivas e preventivas relativas à estrutura física da instituição (Engenharia Hospitalar) e equipamentos clínicos (Engenharia Clínica);
- Cadastro de serviços com código, descrição, peso, unidade, hora máxima, hora mínima, categoria do serviço e oficina responsável pela realização do serviço;
- Cadastro de especialidade de serviços de manutenção;
- Cadastro de funcionários da manutenção e as especialidades de serviços, as escalas de trabalho e o valor da hora/homem;
- Cadastro das escalas de trabalho dos colaboradores da manutenção;
- Cadastro dos tipos de OS;
- Cadastro dos Motivos de Serviços;
- Cadastro de Oficinas;
- Cadastro de Checklist de manutenção com a programação de todos os serviços a serem executados;
- Permitir registrar as solicitações de manutenção corretiva com informações, tais como:
    - ✓ Nome do solicitante;
    - ✓ Data que o solicitante deseja que seja realizada a manutenção;
    - ✓ Escolha do padrão de manutenção (Unidade, equipamento/item, local, problema e grupo profissional.
- Permitir programar a data de realização da manutenção e visualizar a agenda dos profissionais que poderão realizar a mesma;

- Realização das requisições de itens necessários para manutenção no estoque de forma integrada com o módulo de Requisição de Estoque e Almoxarifado;

- Permitir fazer uma solicitação para compra de um item que não tem no almoxarifado, sendo que a solicitação está ligada à ordem de serviço que necessitou da compra;

- Realização dos cadastros referentes ao um item/equipamento, tais como:

  - ✓ Grupo de manutenção que atende este item;

  - ✓ Unidade e local que pertence;

  - ✓ Número de patrimônio;

  - ✓ Grupo de manutenção que atende este item;

  - ✓ Checklist (EPIs, procedimentos, peças, ferramentas etc.) necessários para manutenção do item/manutenção;

  - ✓ Cadastro dos problemas, ocorrências e permitir anexar documentos como, por exemplo, manual.

- Permitir cadastrar o dicionário de avaliação possibilitando a flexibilidade no Checklist para avaliação dos equipamentos/itens;

- Relacionar fornecedores homologados para cada equipamento, sendo realizada para serviços de manutenção terceirizados;

- Permitir o controle do fundo fixo de caixa, através da emissão de vale e permitir também registrar quanto, quando e para quem foi entregue, registrar saídas e entradas e cadastrar notas fiscais;

- Possibilitar a realização de pesquisas das manutenções efetuadas durante determinado período, em que status a manutenção se encontra (solicitada, programada ou concluída) e detalhes da manutenção como grupo, nome solicitante, local, problema etc.;

- Permitir a visualização da relação de patrimônios e a periodicidade da realização da manutenção preventiva de cada um, para que se possa programar as manutenções;

- Possibilidade de consultar a relação de equipamentos por diversas formas de filtro (descrição, garantia, fornecedor, marca, número de patrimônio etc.);

- Permitir cadastrar as peças pertencentes ao equipamento, fazer transferências para outras unidades, visualizar informações tais como número da Nota Fiscal, valor, garantia, fornecedor, entre outras informações;

- Possibilitar a realização de consulta às manutenções preventivas pendentes, em processo de realização ou realizadas de um equipamento em um determinado período.

SAME

O prontuário médico é um importante conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados a registrar todas as informações referentes aos cuidados médicos prestados ao paciente. O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), é o setor responsável por fornecer e organizar estes prontuários para viabilizar as atividades diárias de todas as especialidades médicas.

Com a Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) SGH estes prontuários físicos serão utilizados somente como documento histórico para consulta médica, e passarão a ser digitalizados, e anexados ao PEP, conforme o "ROADMAP" disponibilizado pela SESGO.

De acordo com a proposta de modernização tecnológica para o setor, as digitalizações poderão acontecer "sob demanda", ou seja, conforme a agenda do paciente, desde modo, de forma transparente ao médico, que poderá beneficiar-se do uso integral do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) aumentando o acesso à informação, focando mais tempo no Diagnóstico e Desfecho clínico da doença.

PRINCIPAIS FUNCIONALIDADES

- Permitir o controle dos prontuários físicos existentes no Hospital ou Unidades de Saúde, assim como controlar as saídas dos prontuários do arquivo físico;

- Permitir controlar os diversos setores de arquivos existentes na unidade, identificando os prontuários existentes em cada arquivo;

- Possibilitar a localização dos prontuários físicos dos pacientes, bem como registrar as movimentações físicas, gerando um efetivo controle sobre os Prontuários ausentes do arquivo médico, possibilitando controlar informações referentes a data de retirada, quem retirou, o motivo, data de retorno, criando um histórico sobre a movimentação de cada Prontuário;

- Integrar de forma automática e on-line com o agendamento de consultas, possibilitando ao arquivo separar e encaminhar os prontuários dos pacientes que tem consulta agendada para o dia seguinte, controlando os processos de envio e retorno deste prontuário para cada setor ambulatória;
- Permitir controlar os diversos volumes que compõe um prontuário físico dos pacientes, gerando etiquetas independentes para cada volume;
- Permitir realizar a movimentação dos prontuários via código de barras;
- Permitir gerar movimentação de prontuário físico por empréstimo, controlando para quem foi emprestado, a data de saída e previsão de retorno do prontuário ao arquivo;
- Permitir visualizar e controlar rapidamente todos os prontuários que se encontram fora do arquivo e os locais ou funcionários que estão responsáveis por eles;
- Permitir indicar a transferência dos prontuários físicos dentro das unidades e setores do hospital;
- Permitir controlar a entrada de documentos diversos nos prontuários dos pacientes;
- Fornecer rapidamente informações referentes aos pacientes que foram dispensados nas unidades de atendimento, demonstrando as datas de atendimento e dispensa deles;
- Digitalizar os prontuários médicos físico no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP);
- Permitir controlar o processo de visitas aos pacientes internados, emitindo crachás e registrando informações sobre o visitante e indicando horário de entrada e saída;
- Permitir controlar o número máximo de visitas permitido para cada paciente;
- Disponibilizar relatório para listagem dos pacientes internados de cada médico, contendo a localização do paciente na unidade, visando facilitar o processo de visita médica.

NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

- Cadastro do Tipos de Dietas;
- Cadastro do Tipos de Refeições;

- Cadastro de Orientações de Dietas;
- Cadastros dos Pratos;
- Cadastro da Classificação dos Cardápios;
- Cadastro da opção dos cardápios;
- Cadastro dos bicos de mamadeira;
- Cadastro de manipuladores de mamadeiras;
- Cadastro de copas;
- Configuração de origens x copas;
- Cadastro da composição dos pratos;
- Registro da ficha nutricional do paciente com dados do atendimento, observações médicas, tipo de dieta, tipo de refeição e observações das refeições;
- Registro de Movimentação de cardápios com as informações do tipo de refeição, dados do atendimento, tipo de dieta, copa, observações da nutrição, opções e a quantidade das opções escolhidas do cardápio;
- Registro de movimentação de cardápios do lactário;
- Registro de solicitações de dietas avulsas para pacientes, médicos, setores, acompanhantes;
- Registro do Status da Refeição com horário de fechamento;
- Registro do Status de acompanhante com horário de fechamento;
- Registrar o planejamento do cardápio;
- Lançar automaticamente no mapa de produção, todas as dietas prescritas pelos médicos;
- Permitir a emissão de etiquetas das dietas para serem fixadas nas bandejas.

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 terão acesso;
- Permitir a configuração das diretivas de segurança para a criação e definição de senhas;
- Permitir a criação de usuários e a definição dos papeis de acesso dos respectivos usuários;
- Permitir a desativação de usuários do sistema;
- O usuário pode ter um ou mais papéis definidos simultaneamente;
- Permiti a alteração de senha;
- Configurar os usuários por:
    - ✓ Empresa;
    - ✓ Setor;
    - ✓ Unidade de internação;
    - ✓ Almoxarifado;
    - ✓ SAME;
    - ✓ Setores de diagnóstico.
- Configurar tabelas e as colunas que serão auditadas;
- Configurar as operações que serão auditadas junto as tabelas;
- Disponibilizar relatório para a consulta de auditoria das tabelas que sofreram alterações no conteúdo.

ACOMPANHAMENTO E CONTROLE GERENCIAL

- Cadastro do grupo de documentos;
- Cadastro de documentos;
- Cadastro de documentos por setor;

- Cadastro de documentos por procedimento;
- Cadastro de documentos requisitados;
- Configuração do fluxo de documentos;
- Registrar o protocolo de movimentação de envio de documentos entre as áreas do hospital com as seguintes informações: setor de origem, setor de destino, observação, código do documento, descrição do documento e os dados do atendimento que originaram os documentos;
- Registrar a baixa de documento com os seguintes dados: protocolo, data de envio, observação, código do documento, descrição do documento e os dados do atendimento que originaram os documentos;
- Disponibilizar a tela de consulta de documentos por atendimento;
- Consulta de movimentações de documentos por atendimento.

EDITOR DE DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

- Permitir criar campos que irão compor um formulário que será disponibilizado no PEP;
- Permitir definir o grupo e o subgrupo a qual o campo irá pertencer;
- Permitir informar a descrição do campo;
- Permitir informar o tipo de campo que será criado, que deverá ser no mínimo os seguintes tipos: texto, checkbox, combo box, imagem, caixa de texto, radio button, botão, data, marcação de imagem e código de barras;
- Permitir configurar se o campo é editável;
- Permitir configurar se o campo é de preenchimento obrigatório;
- Permitir definir o tamanho do campo;
- Permitir definir a máscara do campo podendo ser número, texto, data e data e hora;
- Permitir definir valores iniciais e finais para um campo, não permitindo o preenchimento de valores absurdos;

- Permitir configurar que o campo seja habilitado para preenchimento somente em determinada situação, quando o mesmo só pode ser habilitado para pacientes do sexo masculino ou feminino ou dentro de uma faixa etária que seja compatível;

- Permitir configurar ações do campo, como exemplo de ação podemos citar a inserção de uma query para recuperar valores previamente preenchidos em outros campos e telas do sistema, carregando automaticamente os dados no formulário que possuir este campo;

- Permitir definir uma lista de valores pré-definida para o campo;

- Permitir definir se será permitido o uso de textos padrões para campos configurados com o tipo texto ou caixa de texto;

- Permitir criar documentos informando os campos que foram previamente criados e o label dos campos;

- Permitir definir o grupo e o subgrupo a qual o documento irá pertencer;

- Permitir informar a descrição/nome do documento;

- Permitir definir o layout do documento inserindo cabeçalho e rodapé;

- Permitir criar documentos inserindo a logo da instituição no cabeçalho dos documentos;

- Permitir fazer a criação da versão do layout de impressão do documento;

- Permitir fazer a inclusão de campos novos em um documento já criado e dessa forma controlando a versão, não carregando em documentos anteriores o campo criado e adicionado ao documento em branco;

- Permitir a exportação do documento;

- Permitir a importação de documentos que foram criados em outras instituições que fazem o uso da mesma tecnologia;

- Não permitir o uso do documento antes do registro da publicação dele;

- Permitir excluir um documento criado, caso ainda não foi registrado em nenhuma ficha ou faça parte de algum perfil do PEP;

- Permitir fazer a cópia de um documento já criado e promover os devidos ajustes e publicá-lo como um documento novo criado a partir de um já existente.

GERADOR DE RELATÓRIOS

- Permitir criar relatórios, definindo nome e descrição do relatório;
- Permitir inserir imagens nos relatórios;
- Permitir definir perfis/grupos de usuários que podem ter acesso a cada relatório ou grupos de relatórios;
- Permitir definir variáveis e constantes nos cabeçalhos e rodapés dos relatórios;
- Permitir gerar operações matemáticas básicas nas linhas e colunas do relatório;
- Permitir utilizar como fonte de dados todas as movimentações e informações de todos os módulos/ferramentas do sistema;
- Permitir definir usuários especificos que podem ter acesso a cada relatório ou grupos de relatórios;
- Permitir criar filtros nos relatórios utilizando os padrões "de – à", "maior que", "menor que", "diferente de", "caixa de seleção" e "listas".

OUVIDORIA DA SAÚDE

A Ouvidoria da Saúde é um serviço que prioriza a qualidade no atendimento prestado nas Unidades de Saúde. Os princípios, a estrutura, as atribuições, o quadro de pessoal, os prazos, os procedimentos e os relatórios da rede de ouvidorias são regulamentados no cumprimento dos termos da Lei Federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017 e nos dispostos previstos no Decreto Estadual nº 9.270, de 18 de julho de 2018.

Tem como objetivo:

- Intermediar as relações entre os cidadãos e os gestores do SUS promovendo a qualidade da comunicação entre eles, a formação laços de confiança e colaboração mútua com o fortalecimento da cidadania;
- Conhecer o grau de satisfação e a opinião do usuário em relação aos serviços prestados pelo estabelecimento de saúde;

- Possibilitar a participação dos usuários na gestão da Instituição e aprimorar os serviços e a melhoria das relações interpessoais com seus públicos interno e externo transformando sugestões em oportunidades de melhorias internas;

- Receber, registrar, conduzir e responder as demandas (Reclamações, denúncias, elogios, sugestões e informações) dos cidadãos que fazem parte da comunidade interna ou externa do serviço, através do sistema Ouvidoria SUS.

Além de contar com o atendimento presencial dos agentes da ouvidoria na unidade, que estarão equipados com tablets para o registro de queixas e realização de busca ativa; os pacientes também terão à disposição um canal exclusivo de WhatsApp para atender suas principais necessidades: agendamento, exames, consultas, retornos, informações gerais e ouvidoria.

Durante a visita à unidade, o paciente receberá automaticamente uma mensagem de boas-vindas pelo WhatsApp, contendo informações sobre os serviços oferecidos e a orientação de que todo o atendimento é realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo completamente gratuito, tanto nos procedimentos quanto na medicação.

Será implementada a pesquisa de satisfação (NPS) por meio de inteligência artificial via WhatsApp, enviada a todos os pacientes admitidos na unidade. Com isso, os principais gestores poderão agir imediatamente em caso de avaliações insatisfatórias ou sugestões de melhoria.





Figura: Imagem ilustrativa da conversa por WhatsApp.

CERTIFICADO DIGITAL

Estabelecer uma unidade 100% digital vai além da simples informatização dos processos assistenciais e administrativos. Esse modelo exige uma abordagem integrada, onde a tecnologia não apenas otimiza as operações, mas também garante a segurança e a conformidade com regulamentações, como a LGPD, no manejo de dados sensíveis. A integração completa da documentação da policlínica é um dos pilares centrais desse conceito, sendo o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) o principal foco.

Uma unidade de saúde especializada verdadeiramente digital exige que todo o ciclo de vida do prontuário, desde a coleta de informações até a sua gestão e armazenamento, seja feito de forma eletrônica e segura. Isso inclui a assinatura digital dos documentos, que não só facilita o fluxo de trabalho entre os profissionais de saúde, mas também assegura a autenticidade e integridade das informações. A assinatura digital confere validade jurídica ao prontuário, garantindo que diagnósticos, prescrições e laudos sejam gerados e compartilhados de maneira ágil, mantendo a confidencialidade dos dados.

Além disso, a integração total dos sistemas hospitalares com o PEP permite uma visão holística do paciente, onde diferentes áreas (como consultas, exames laboratoriais, histórico de internações) estão interconectadas. Isso contribui para a tomada de decisões mais rápida e precisa, melhorando a eficiência no atendimento e reduzindo a possibilidade de erros.

A transição para uma unidade de saúde especializada 100% digital, no entanto, não se restringe à adoção de novas tecnologias, mas envolve também uma transformação cultural, onde equipes multidisciplinares são treinadas para utilizar essas ferramentas de forma eficaz. Nesse cenário, o papel dos certificados digitais é essencial para garantir a segurança no acesso e na troca de informações sensíveis, protegendo tanto os pacientes quanto a instituição.

Portanto, um hospital totalmente digital requer não apenas a informatização dos processos, mas também a garantia de que todos os dados e documentos estão integrados e protegidos por meio de tecnologias robustas de segurança e autenticação, com o foco sempre voltado à melhoria contínua da qualidade assistencial e administrativa.

SISTEMAS DE SUCESSO DO CLIENTE

Visando manter a operação em sua produtividade máxima, uma boa ferramenta de gestão de suporte é primordial para agregar valor aos processos e atender o cliente de maneira plena e eficaz, sendo esta responsável por promover segurança e garantir os níveis de atendimento (NPS) em seu ponto culminante.

Vale ressaltar que esta ferramenta aberta ao colaborador e ao paciente tem a capacidade de colher feedbacks de tudo aquilo que julgar necessário como ações de melhorias de processos, identificação de intervenções preventivas e até mesmo para situações corretivas.





Figura: Imagem ilustrativa de tela de abertura de Chamados.

PRINCIPAIS FUNCIONALIDADES:

- Cadastro de níveis de chamado;
- Cadastro dos receptores de chamados;
- Cadastro das situações de chamados;
- Cadastro dos tipos de chamados;
- Cadastro dos motivos de chamados;
- Cadastro de meios de contato;
- Cadastro de origens da solicitação;
- Cadastro de tipos de local;
- Configuração de usuários x setor de chamado;

- Permitir o registro da abertura de chamados;
- Permitir cadastrar os documentos de chamado;
- Permitir executar o gerenciamento de chamados;
- Registrar a exclusão de chamados;
- Permitir registrar a resposta da solicitação de parecer aos setores;
- Realizar a consulta de chamados abertos;
- Emitir relatórios estatísticos de origens de chamados, meio de abertura, origem de chamado x tipo de chamado, níveis de chamado, motivos de chamado e tipos de chamado.

PLATAFORMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tem como principal função garantir a documentação dos processos e gerenciamento de documentos de qualidade de forma online, obedecendo a segurança e privacidade das informações armazenadas.

A proposta da implantação da Plataforma do Interact para dar o suporte ao Plano Estratégico, Tático e Operacional.

Possibilitando a visualização dos resultados de forma integrada por meio de mapas estratégicos, indicadores de desempenho e planos de ação, proporcionando melhor performance, um monitoramento de todas as etapas e resultados mais satisfatórios para sua organização.



Figura: Imagem ilustrativa de tela do Interact.

GERENCIAMENTO DE PERFORMANCE

- Permitir visualizar as estratégias nas 4 perspectivas: Financeira, Cliente, Processos Internos, Aprendizado e crescimento (pessoas);
- Identificar os objetivos nas perspectivas;
- Definir indicadores aos objetivos;
- Definir relações de causa e efeito;
- Atribuir metas aos indicadores;
- Definir as iniciativas estratégicas;
- Documentar e comunicar descrição e informação dos objetivos, indicadores, metas e iniciativas;
- Relacionar iniciativas com objetivos;
- Comparar e gerenciar metas / resultados dos indicadores;

- Visualizar graficamente metas e resultados;
- Registrar anotações e/ ou comentários sobre performance dos resultados;
- Vincular responsáveis nos objetivos, indicadores e iniciativas;
- Alimentar dado de forma manual ou através de importação;
- Visualizar o conjunto dos indicadores no mapa estratégico;
- Gerar relatórios em bases de dados multidimensionais (OLAP);
- Criar árvore de indicadores com "n" níveis;
- Criar relatórios por unidade de negócio;
- Enviar alertas por e-mail;
- Permitir integração com outros sistemas (ERP, BI, SIG);
- Possuir visualizador web (intranet e internet);
- Gerar relatórios customizados.

GERENCIAMENTO ESTRATÉGICO

- Atender os diferentes níveis de acreditações nacionais e internacionais, como ISSO, ONA e *Joint Commission International*;
- Alinhamento da estratégia à operação de acordo com a metodologia BSC - *Balanced Scoredcard* e o conceito GPD - *Management by Guidelines*;
- Permitir gestão eletrônica de documentos, com controle de versão, distribuição e gestores;
- Gestão de auditoria – através de um gerenciador de fluxo de aprovação e acompanhamento de todas as etapas do registro;
- Gestão de não conformidades – através de um gerenciador de fluxo de aprovação e acompanhamento de todas as etapas do registro;
- Geração de Relatórios e Estatísticas para análises gerenciais e críticas;

- Permitir integração com sistemas ERP, CRM e BI.

GERENCIAMENTO DE DOCUMENTOS

- Ser compatível com os padrões ISSO 9000;
- Possuir gerenciador de fluxo de aprovação e acompanhamento de todas as etapas do registro nativo;
- Controle continuo de versões;
- Permitir pesquisar documentos;
- Categorizar documentos;
- Permitir controlar data de vencimento de um documento.

GERENCIAMENTO DE NOTIFICAÇÕES

- Permitir o gerenciamento de ocorrências;
- Possuir DASHBOARD de acompanhamento dos indicadores / notificações;
- Permitir usar ferramentas de qualidades, tais como: Diagrama de Ishikawa e Gráfico de Pareto;
- Padronização de cadastro de não conformidades;
- Monitoramento de Não conformidades / notificações.

PLATAFORMA DE COLABORAÇÃO

Seu objetivo é garantir uma maior integração dos colaboradores Administrativos e dos Serviços Hospitalares, é fundamental estabelecer uma plataforma de colaboração corporativa, capaz de integrar e criar sinergia no ambiente de trabalho em equipe, beneficiando-se da tecnologia para reuniões em videoconferência, chats, e-mail, calendário, armazenamento de documentos em nuvem, chamadas de áudio e vídeo em uma ferramenta segura e corporativa.

Junto a esta plataforma temos a Intranet Digital, a qual, será possível estabelecer uma comunicação acolhedora com os colaboradores e mais participativa, dando-lhes visibilidade das últimas notícias do que está acontecendo na Organização, as novas

estratégias, além de acessos rápidos as ferramentas internas (RH, Folha de Pagamento, FAQ etc.).



Figura: Imagem ilustrativa de tela da intranet.

PLATAFORMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

A Educação Continuada tem como o objetivo geral o aperfeiçoamento profissional dos envolvidos nos processos, tanto a atualização de conhecimentos e processos, quanto as práticas e dinâmicas de trabalho, promovendo mudanças institucionais, qualificação profissional e/ou acadêmica, fortalecendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores.

A Plataforma de Educação Continuada irá permitir que os colaboradores participem de Webinars, e até mesmo contribuam com os conteúdos para as palestras, com base em suas atividades diárias, gerando um engajamento maior dos colaboradores e exposição de talento.

Os conteúdos produzidos pela plataforma ficarão gravados para consulta, permitindo o acesso pelos colaboradores posteriormente.



Figura: Imagem ilustrativa de tela de vídeo conferência.

WORKSHOPS E WEBINARS

O incentivo a produção de conhecimento científico e tecnológico no âmbito do hospital, por meio de promoção de projetos de pesquisa e compartilhamento de conhecimentos à área médica.



Figura: Imagem ilustrativa do registro de webinar on-line

PAINEL DE INDICADORES (BI)

Os Painéis de Indicadores têm como o principal objetivo, de sinalizar, a situação e o andamento de todo o fluxo de atendimento de cada paciente nos setores de atendimento dos Serviços Hospitalares e Unidades de Saúde.

Dessa forma, acompanhar a situação dos pacientes, bem como, pelo corpo clínico da unidade de saúde, em que a enfermagem, por exemplo, poderá monitorar se os tempos previstos de atendimento estão sendo cumpridos ou ainda verificar em que situação o paciente se encontra, como por exemplo: aguardando um resultado de exame ou aguardando administração de medicamentos, até sua alta ou internação.

Além disso, a configuração/parametrização permitirá uma grande flexibilidade em exibir diferentes informações em painéis diferentes, conforme a necessidade de cada unidade de saúde e de cada momento do fluxo de atendimento.

Por exemplo, se há uma sala de espera para classificação de riscos ou quando houver várias salas de espera para classificação com especialidades diferentes: Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, entre outros.

Permite-se também, com o painel eletrônico, organizar, por meio das chamadas das senhas, o fluxo e as diferentes etapas dos atendimentos (cadastro, pré-atendimento, atendimento clínico etc.), evitando ocorrências desagradáveis e agilizando o processo.

As chamadas de pacientes associadas ao painel eletrônico irão permitir, juntamente com a geração de senhas do "Totem Senha", organizar os ambientes de espera, a fim de evitar tumultos e situações desagradáveis decorrentes do tempo de espera, bem como agilizar, de certa forma, o andamento do fluxo de atendimento.



SITUAÇÃO PROBLEMA, ORGANIZAÇÃO E AÇÕES

Foi identificado durante assunção da Policlínica que cada área e/ou serviço encontrava-se com algum grau de maturidade tecnológica, ou seja, algumas áreas possuíam parcialmente os módulos implementados do Sistema de Gestão Hospitalar, mas em sua totalidade era marcada pela ausência do uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), além da falta do Sistema de Gestão Hospitalar/ Unidade para atender as demandas tecnológicas das Áreas Operacionais e Administrativas. Havia também a ausência de módulos de gestão implementados para o controle, registro, manutenção e consulta da informação.

Com base nas prerrogativas mencionadas, uma das ações imediatas foi a constituição de uma equipe de projetos multidisciplinar, com a participação de 'Usuários-Chave' de cada área, que deverão sentir-se parte integrante desta modernização, aumentando assim o engajamento e a sinergia do projeto como um todo.

A estratégia de implantação dar-se-á através da designação de Áreas Piloto, sendo eleitas cada tipo de modalidade de atenção, para que todos os testes e implantação, sejam validados e consequentemente, eliminados possíveis desvios de planejamento e execução.

Ainda neste contexto, foi designado um segundo grupo estratégico de implantação, chamado "Área Controlada", que devido a sua alta complexidade e prioridade na integração sistêmica entre os Serviços da Rede.

As demais áreas e serviços da rede serão implementados através de "rollouts" de implantação, com o suporte de treinamento, vindo principalmente dos "Usuários-chave" das áreas para multiplicação de conhecimentos nos processos definidos durante as implementações.

CRONOGRAMA

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 10/2024-SES/GO
PROCESSO: 202400010038080



MAPA TECNOLÓGICO

MODALIDADES DE ATENÇÃO	UNIDADES E SERVIÇOS DA REDE	PRINCIPAIS TECNOLOGIAS ENVOLVIDAS
Policlínica	Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa	SGH / MV
		e-SUS
		CRE
		SERVIR
		GERCON
		CNES
		SIGTAP
		e-Saúde

		Ponto Eletrônico
		RIS/PACS
		SIGA
		GSS / OSS
Corporativo	RH DHO COMUNICAÇÃO QUALIDADE ESG JURÍDICO ADMINISTRATIVO INFRAESTRUTURA ASSISTÊNCIAL FINANCEIRO ENSINO E PESQUISA	INTRANET DIGITAL
		PLATAFORMA DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS
		PLATAFORMA DE COMPLIANCE
		PLATAFORMA COLABORATIVA
		REPOSITÓRIO DE DOCUMENTOS
		REUNIÕES VIRTUAIS E VÍDEO-CONFERÊNCIA
		E-MAIL
		AUTOMATIZAÇÃO DOS PROCESSOS
		SERVIÇOS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL
		WHATSAPP CORPORATIVO
		TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS (TRILHA DO CONHECIMENTO)
		AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO
		WEBINAR (EDUCAÇÃO CORPORATIVA CONTINUADA)
		GESTÃO DA QUALIDADE E INDICADORES INTERACT
		BUSINESS INTELLIGENCE (BI)
		INTEROPERABILIDADE INTERFACEAMENTO
		PESQUISA DE SATISFAÇÃO - NPS

		ERP EMPRESARIAL
		PLATAFORMA DE COMPRAS E SUPRIMENTOS
		PLATAFORMA DE GESTÃO DE DOCUMENTOS MYFLUX

DIMENSIONAMENTO DE INTERNET

A internet é fundamental na unidade para assegurar a conectividade entre sistemas, possibilitar o acesso rápido e seguro a informações clínicas e administrativas, além de suportar tecnologias essenciais como o prontuário eletrônico e a telemedicina. Dada essa importância, a unidade será equipada com links de internet dedicados em fibra óptica para alta performance e uma solução de redundância via satélite, garantindo continuidade dos serviços mesmo em caso de falhas na conexão principal.

Além de fornecer uma rede de internet inteligente para atender aos serviços internos, a unidade oferecerá internet gratuita aos pacientes durante o atendimento, garantindo acessibilidade a serviços online e facilitando a interação digital com as soluções oferecidas pela instituição.

LINK DE INTERNET	DESCRIÇÃO	VELOCIDADE SIMÉTRICA	TECNOLOGIA	QUANTIDADE
PRODUÇÃO	Conexão de Internet dedicada em fibra óptica com banda garantida (CIR – Committed Information Rate), fornecendo um IP fixo para maior controle e segurança nas configurações de rede.	100 MBps	FIBRA ÓTICA	1
CONTINGÊNCIA	Conexão de Internet dedicada via satélite, fornecendo um IP fixo para maior controle e segurança nas configurações de rede.	100 MBps	SATÉLITE	1
TOTAL DE LINKS DE INTERNET				**2**

DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE

A unidade da policlínica contará com um profissional técnico disponível de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 17:00, dedicado ao suporte técnico e manutenção de sistemas, garantindo o pleno funcionamento das tecnologias essenciais e a rápida resolução de eventuais problemas.

Além do suporte local, a unidade contará com uma equipe técnica especializada para fornecer suporte de nível 2, assegurando uma resolução mais rápida e eficaz de problemas complexos, complementando assim a infraestrutura de atendimento técnico disponível.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- https://brasil.un.org/pt-br/sdgs

2- https://saudeemdano.org/

3- https://www.hospitaissaudaveis.org/

4- Pritchard, A., Richardson, M., Sheffield, D., & McEwan, K. (2019). The relationship between nature connectedness and eudaimonic well-being: A meta-analysis. Journal of Happiness Studies, 1–23.

5- DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO NO TEMA DE SAÚDE E ÁREAS PROTEGIDAS- BRINGING PEOPLE TOGETHER FOR NATURE. MAIO 2021- WWF.

6- Whitmee, Sarah et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–*Lancet* Commission on planetary health. The Lancet, Volume 386, Issue 10007, pag 1973 - 2028; 2015.

7- UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAMME (2022). Emissions Gap Report 2022: The Closing Window — Climate crisis calls for rapid transformation of societies. Nairobi. Disponível: https://www.unep.org/emissions-gap-report-2022

8- SLOTTERBACK, S ; KARLINER, J; BOYD, R; ASHBY, B.; STEELE K. Health care 's climate footprint.2019. Dispovível em: <https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf

9- KARLINER, J.; GUENTER R. et. all. Agenda Global de Hospitais Verdes e Saudáveis. 2015. Disponível em: <http://www.hospitaissaudaveis.org/arquivos/GGHHA-Portugese.pdf>

10- WORLD. Climate change. Who.int. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/climate-change#tab=tab_1>. Acesso em: 24 Jan. 2022.

11- SALAS, Renee N. ; SOLOMON, Caren G. The Climate Crisis — Health and Care Delivery. New England Journal of Medicine, v. 381, n. 8, p. e13, 2019. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1906035>. Acesso em: 21 Jan. 2022.

12- Li Q, Kobayashi M, Inagaki H, Hirata Y, Li YJ, Hirata K, et al. A day trip to a forest park increases human natural killer activity and the expression of anti-cancer proteins in male subjects. J Biol Regul Homeost Agents. 2010;24(2):157-65.

13- Tsunetsugu Y, Lee J, Park BJ, Tyrväinen L, Kagawa T, Miyazaki Y. Physiological and psychological effects of viewing urban forest landscapes assessed by multiple measurements. Landsc Urban Plan. 2013;113:90-3.

14- Dal Fabbro, D., Catissi, G., Borba, G. *et al.* Banco de Dados de Fotografia de Emoções Positivas e-Nature (e-NatPOEM): imagens de natureza avaliadas afetivamente que promovem emoções positivas. *Sci Rep* **11** , 11696 (2021). https://doi.org/10.1038/s41598-021-91013-9

15- Frumkin, H. Além da toxicidade: saúde humana e ambiente natural. *Sou. J. Anterior Med.* **20** , 234–240.https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00317-2 (2001).

16- Tauber PG. An exploration of the relationships among connectedness to nature, quality of life, and mental health. Chil Youth Environ. 2016;26(1):126-47.

17- _Keniger, LE, Gaston, KJ, Irvine, KN & Fuller, RA Quais são os benefícios de interagir com a natureza? *Int. J.Environ. Res. Público. Saúde* **10**,913-935. https://doi.org/10.3390/ijerph10030913 (2013).

18- _Frumkin, H. *et al.* Contato com a natureza e saúde humana: uma agenda de pesquisa. *Ambiente. Perspectiva de Saúde.* https://doi.org/10.1289/EHP1663 (2017).

19- https://www.ecycle.com.br/pressao-alta/

1.1.2.5 - Proposta De Regimento Do Corpo Clínico

LOGO	**REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA**	Código: XXX-XXX-XX
		Data: XX/XX/XX
		Revisão: XX
		Páginas: XX de XX

CAPÍTULO I – DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. O presente Regimento Interno visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliação e direção dos profissionais da saúde, da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, para o exercício de suas atividades profissionais. Conforme art. 1º da Resolução CFM No. 1481, de 08 de agosto de 1997.

Artigo 2º. O Corpo Clínico é formado pelo conjunto de médicos que prestam serviços nas diversas especialidades dentro da Policlínica, com autonomia profissional, técnica, científica, política, cultural e religiosa, desde que respeitadas às disposições contidas neste Regimento.

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES

Artigo 3º. O Corpo Clínico da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa tem as seguintes finalidades:

Assegurar a melhor assistência aos usuários da Policlínica atentando para o respeito e zelo pela vida humana, cumprimento das normas gerais da Unidade de Saúde, normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e respectivas normatizações do Conselho Federal de Medicina (CFM);

Atender de maneira, acolhedora, humanizada e sempre oferecer as melhores técnicas e informações adequadas aos usuários;

Colaborar para o aperfeiçoamento profissional dos médicos e do pessoal técnico da Policlínica.

CAPÍTULO III - COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. O Corpo Clínico é constituído, em todos os níveis aqui estabelecidos, por médicos legalmente habilitados, a quem cabe à execução de todos os atos médicos necessários à preservação da saúde, da vida e dignidade dos pacientes egressos na

Policlínica.

Artigo 5º. O Corpo Clínico compõe-se de todos os médicos que utilizam e prestam serviços nas instalações e dependências da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa e que se encontram em pleno direito de exercer a profissão, sendo classificados nas seguintes categorias:

Membros Efetivos: Profissionais que, em obediência as normas próprias de frequência mínima, desenvolvem, prioritariamente, suas atividades assistenciais na Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa;

Membros Eventuais: Profissionais que, esporádica ou excepcionalmente, desenvolvem atividades na Policlínica a fim de assistir a um paciente especifico.

Artigo 6º. O Corpo Clínico é composto por:

Diretoria Médica;

Diretoria Clínica;

Comissão de Ética Médica;

Serviço de Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde;

Médicos das diversas equipes.

CAPÍTULO IV – COMPETÊNCIAS

Artigo 7º. Compete à Diretoria Médica:

Cumprir e fazer cumprir o presente regimento;

Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões: Coordenação de especialidades Médicas; Coordenação da equipe multiprofissional; Coordenação do Ambulatório; Coordenação do SADT;

Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestigio técnico, ético, moral e profissional do corpo clínico;

Coordenar a assistência médica prestada aos pacientes;

Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços

médicos na Policlínica, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;

Estimular a prática profissional interdisciplinar na policlínica;

Colaborar na humanização do atendimento;

Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa clínica;

Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação dos equipamentos e materiais utilizados;

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

Manter contato com a Gerência Administrativa da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços prestados;

Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina;

Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário, participando de todas as reuniões;

Acionar a Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.

Artigo 8º. 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 conhecimentos 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 da Policlínica e, permanentemente, à disposição do mesmo.

Parágrafo Terceiro: Compete ao Diretor Clínico dirigir e coordenar o Corpo Clínico, de maneira democrática, aberto a críticas e sugestões de melhorias, supervisionando a execução das atividades assistenciais e zelar pelo fiel cumprimento do presente Regimento Interno. Para atingir as metas estabelecidas neste Artigo são atribuições do Diretor Clínico:

Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Policlínica estimulando a responsabilidade entre seus membros;

Assessorar o Diretor Médico e órgãos administrativos no planejamento, organização e direção das clínicas da Policlínica;

Desenvolver o espírito crítico, estimulando o estudo e a pesquisa científica entre os membros do Corpo Clínico;

Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre os médicos e outros profissionais, e destes com a administração e usuários da Policlínica;

Supervisionar as execuções das atividades de assistência médica na Policlinica;

Zelar, cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;

Exercer a função de mediador, visando humanizar os membros do Corpo Clínico e outros profissionais.

Artigo 9º. A Comissão de Ética Médica deverá ser eleita pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

Artigo 10º. O Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência a Saúde (SCIRAS) tem por objetivo constituir, manter ativo e, sempre que necessário, reavaliar um Programa de Controle de infecções Relacionadas a Assistencia a Saúde adequado às características e necessidades da Unidade de Saúde, atendendo a legislação vigente, especialmente a Portaria Nº MS 2.616/98;

Artigo 11º. Outras Comissões serão formadas por indicação da Diretoria Médica, em comum acordo com a Diretoria Clínica. Os profissionais integrantes das Comissões devem ser qualificados e ter disponibilidade para atuação.

CAPÍTULO V - INGRESSO AO CORPO CLÍNICO

Artigo 12º. Para ingressar no Corpo Clínico da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa o médico deverá ser convidado para tal e atender aos seguintes requisitos:

1- Estar devidamente registrado junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, devidamente comprovando por meio de documentação;

2- Estar em dia com a anuidade do CRM-GO;

3- Apresentar capacidade técnica na área que pretende atuar.

CAPÍTULO VI - INFRAÇÕES

Artigo 13º. Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito à penalidade, quando:

Desrespeitar o presente Regimento Interno;

Desrespeitar as Normas Administrativas internas da Policlínica especialmente o seu Regimento Interno;

Revelar-se inábil para o exercício da profissão e/ou função, independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética;

Cometer crime nas dependências da Policlínica relacionado ou não ao atendimento ao paciente;

Praticar atos de indisciplina, improbidade ou de insubordinação;

Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem da Policlínica e/ou causar dano ao paciente;

Abandonar suas funções, sem motivo justo, com ou sem prejuízo aos pacientes sob sua responsabilidade;

Atuar com desídia no desempenho de suas funções;

Não obedecer às normatizações do Código de Ética Médica.

Artigo 14º. A suspeita e/ou denúncia de infração cometida por membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância, a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, assegurando-se ao(s) médico(s) o exercício do amplo direito de defesa.

Parágrafo Primeiro: A Comissão de Ética Médica deverá, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão ao Código de Ética Médica.

Parágrafo Segundo: No caso de haver 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.

Parágrafo Terceiro: Nos casos de infração de caráter administrativo e/ou regimental interno, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao Diretor Médico da Policlínica aplicará as medidas cabíveis.

Artigo 15º. As penalidades aplicáveis aos membros do Corpo Clínico são, não necessariamente nessa ordem:

Advertência Verbal;

Advertência escrita, a ser entregue ao infrator, bem como anexada ao prontuário do médico;

Suspensão temporária do Corpo Clínico; e

Exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo Único: A terceira advertência ensejará, automaticamente, a penalidade de suspensão; a terceira suspensão ensejará, automaticamente, a penalidade de exclusão; podendo qualquer uma das penalidades ser aplicada de forma direta, em razão da gravidade e repercussão do fato, dentre outros fatores que serão analisados pelo Diretor Clínico e Diretor Médico para aplicação da penalidade;

CAPÍTULO VII - DIREITOS E DEVERES DOS INTEGRANTES DO CORPO CLÍNICO

Artigo 16º. São direitos dos médicos do Corpo Clínico:

Frequentar e usar as dependências da Policlínica assistindo, pessoalmente, aos seus pacientes com autonomia profissional, desde que observadas as regras contidas no presente Regimento Interno e nas demais normas da Unidade de Saúde;

Utilizar os recursos técnicos e os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis na Unidade de Saúde;

Auxiliar a administração e os órgãos diretivos do Corpo Clínico, comunicando falhas e propondo modificações e aperfeiçoamentos;

Zelar pelo bom nome da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa e pela reputação profissional do seu Corpo Clínico, respeitando-se o Código de Ética Médica;

Participar das reuniões do Corpo Clínico e das atividades científicas dos existentes na

Policlínica;

Eleger o Diretor Clínico e seu substituto, bem como a Comissão de Ética Médica, desde que classificado como membro efetivo ou filiado.

Artigo 17º. São Deveres dos médicos do Corpo Clínico:

Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, bem como manter comportamento cordial, sempre respeitando os colegas, funcionários e pacientes da Policlínica;

Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno e demais normas da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa;

Assistir aos pacientes sob seus cuidados de forma humanizada, respeitosa, e sempre utilizando a melhor técnica em benefício do mesmo;

Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado;

Participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas;

Elaborar e manter atualizado o Prontuário eletrônico do paciente, com o devido histórico clínico, a evolução, todas as ordens e prescrições assinadas eletronicamente, bem como preencher o resumo de alta quando da efetiva liberação do paciente;

Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem médica e/ou administrativa relativa à atividade assistencial ou aos pacientes;

Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos atos médicos praticados, pela indicação de métodos de diagnóstico, ou pelo tratamento e medicamentos prescritos;

Comunicar aos órgãos diretivos do Corpo Clínico falhas na organização e na execução da assistência médica prestada na Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa;

Colaborar com as Comissões instituídas no âmbito da Policlínica;

Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência;

Respeitar a política de direito dos pacientes atendidos na Policlínica e de seus familiares;

Quando da impossibilidade de manter atendimento a um paciente, por qualquer motivo, comunicar à Diretoria Clínica o fato e as razões pela interrupção do atendimento, assim como certificar-se da completa transferência de informações sobre o paciente para o profissional que

assumirá o acompanhamento;

Acatar as determinações vigentes da Vigilância Sanitária, inclusive no que se refere à segurança e saúde dos profissionais lotados na Unidade de Saúde.

CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 18º. Intervenções médicas que impliquem em grande risco de vida ou incapacidade física permanente devem ter sua realização evitadas nas dependências da policlínica, sempre que possível, e o paciente deve ser encaminhado para um serviço de referência para sua realização;

Artigo 19º. Qualquer procedimento invasivo realizado nas dependências da Policlínica só pode ser realizado sob a responsabilidade de um médico, que deverá registrar sua indicação, diagnósticos provisórios e/ou definitivos, bem como recomendações especiais necessárias e os cuidados do paciente.

Artigo 20º. Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda da Policlínica de acordo com as determinações legais e também da LGPD, preservando-se as condições de sigilo estabelecidas em lei 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 e do Diretor Médico que outro(s) profissional(is), não relacionados ao caso, poderão ter acesso ao prontuário.

Artigo 21º. A divulgação pública, em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos, de fatos referentes às atividades prestadas na Policlínica e de quaisquer informações sobre pacientes atendidos, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos da Unidade de Saúde ou mediante autorização destes.

Artigo 22º. Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Médico. Caso seja necessário, pela natureza do caso omisso, serão ouvidos o Diretor Clínico e/ou a Comissão de Ética Médica.

Artigo 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 Médicos, Diretores Clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos.

Artigo 24º. Revogam-se as disposições em contrário.

CAPÍTULO IX- HISTÓRICO DE REVISÕES

Emissão	Versão	Descrição das principais alterações
XX/XX/XX	XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

ITEM 1.1.3 – Implantação de Processos

ITEM 1.1.3.1 – Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais

O IMED apresenta a proposta de Manual de Protocolos Assistenciais para a Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa. Este manual terá como objetivo padronizar as ações e procedimentos assistenciais, garantindo a qualidade e a segurança no atendimento aos pacientes. A implementação de protocolos assistenciais é fundamental para assegurar a uniformidade das práticas clínicas, promover a eficiência dos serviços de saúde e melhorar os resultados clínicos.

A elaboração deste manual será realizada em colaboração com as equipes de enfermagem, médicos e outros profissionais de saúde, visando contemplar as melhores práticas baseadas em evidências científicas. Além disso, o manual será revisado periodicamente para incorporar novas diretrizes e atualizações necessárias, assegurando que os protocolos estejam sempre alinhados com as normas vigentes e as necessidades da população atendida.

1. TRIAGEM DE PACIENTE AMBULATORIAL

1.OBJETIVO

Padronizar as ações para Triagem dos pacientes no Ambulatório de Especialidades.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

PA - Pressão Arterial;

N/A: Não se aplica.

3. MATERIAL UTILIZADO

Lista de agendamento;

Esfigmomanômetro;

Estetoscópio;

Relógio.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Identificar os pacientes conforme a especialidade. Pegar na recepção a relação de pacientes agendados, em seguida verificar os presentes através de chamada verbal e encaminhá-los para triagem.

Verificar a PA

Lavar as mãos conforme protocolo de lavagem das mãos;

Colocar o indivíduo em local calmo com o braço apoiado ao nível do coração, deixando-o confortável, permitindo 5 minutos de repouso. Usar sempre o mesmo braço para a medida;

Posicionar o esfigmomanômetro de modo a visualizar claramente os valores da medida;

Selecionar o tamanho da braçadeira para adultos ou crianças. A largura do manguito deve corresponder a 40% da circunferência braquial e seu comprimento a 80%;

Localizar a artéria braquial ao longo da face interna superior do braço palpando-a;

Envolver a braçadeira suave e confortavelmente em torno do braço, centralizando o manguito sobre a artéria braquial. Manter a margem inferior da braçadeira 2,5 cm acima da dobra do cotovelo;

Encontrar o centro do manguito dobrando-o ao meio;

Determinar o nível máximo de insuflação palpando o pulso radial até seu desaparecimento, registrando o valor (pressão sistólica palpada) e aumentando mais 30 mmHg;

Desinsuflar rapidamente o manguito e esperar de 15 a 30 segundos antes de insuflá-lo de novo;

Posicionar o estetoscópio sobre a artéria braquial palpada abaixo do manguito na fossa antecubital. Deve ser aplicado com leve pressão assegurando o contato com a pele em todos os pontos. As olivas devem estar voltadas para frente;

Fechar a válvula da pera e insuflar o manguito rapidamente até 30 mmHg acima da pressão sistólica registrada;

Desinsuflar o manguito de modo que a pressão caia de 2 a 3 mmHg por segundo;

Identificar a Pressão Sistólica (máxima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspon- dente ao primeiro batimento regular audível (sons de Korotkoff);

Identificar a Pressão Diastólica (mínima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspon- dente ao último batimento regular audível;

Desinsuflar totalmente o aparelho com atenção voltada ao completo desaparecimento dos batimentos;

Esperar de 1 a 2 minutos para permitir a liberação do sangue. Repetir a medida no mesmo braço anotando os valores observados;

Registrar a posição do paciente, o tamanho do manguito, o braço usado para a medida e os menores valores de pressão arterial Sistólica e Diastólica encontrados em mmHg. Retirar o aparelho do braço e guardá-lo cuidadosamente a fim de evitar danos.

Verificar o pulso

Lavar as mãos conforme protocolo de lavagem das mãos;

Explicar ao paciente o procedimento a ser feito;

Manter o paciente confortável (deitado ou sentado). O braço apoiado na cama, mesa ou colo e com a palma voltada para baixo;

Colocar os dedos indicador, médio e anular sobre a artéria radial, carótida, temporal, femoral, popli- tea, pediosa (POTTER, 1998), fazendo leve pressão, suficiente para sentir a pulsação;

Procurar sentir bem o pulso antes de iniciar a contagem;

Contar os batimentos durante 1 minuto o número de pulsações normais no adulto é de aproximada- mente 60 a 80 batimentos por minuto (POTTER, 1998);

Se necessário, repetir a contagem;

Anotar no prontuário;

Lavar as mãos.

Verificar a respiração

Deitar o paciente ou sentar confortavelmente;

Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os 2 movimentos (inspiração e expiração) somam um movimento respiratório;

Colocar a mão no pulso do paciente a fim de disfarçar a observação;

Contar durante 1 minuto;

Anotar no papel;

Observação: não permitir que o paciente fale, não contar a respiração logo após esforços do paciente.

5. PERIODICIDADE

N/A.

6. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Técnico de enfermagem.

7. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de enfermagem.

8. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

2.AUXÍLIO A ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

1. OBJETIVO

Avaliar o funcionamento do coração, do ponto de vista anatômico e funcional.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

EPI – Equipamento de Proteção Indivual.

4. MATERIAL UTILIZADO

Luvas;

Gel para ultrassonografia;

Lençol descartável;

Balança;

Esfigmomanômetro;

Estetoscópio;

Lençol (se necessário);

Avental (se necessário);

Álcool 70%;

Hamper para roupas sujas;

Equipamentos de Proteção Individual (Conforme a precaução).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;

Fornecer avental para o paciente se trocar, orientando manter abertura para frente;

Reunir material necessário para o exame;

Higienizar as mãos;

Paramentar-se com EPI, conforme a precaução;

Verificar altura e peso e aferir pressão arterial;

Posicionar paciente na maca, em decúbito lateral direito e membro superior esquerdo flexionado atrás da cabeça;

Retirar o excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestirse, se necessário;

Orientar o paciente a desprezar o avental utilizado no hamper após a troca;

Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30seg em seguida, repor lençol de papel limpo;

Realizar a limpeza do transdutor, conforme observação abaixo;

Higienizar as mãos;

Envolver a documentação do paciente e orientá-lo a aguardar o laudo;

Entregar o laudo para paciente;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

5. PERIODICIDADE

N/A

6. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

O procedimento de ecocardiografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas;

Realizar limpeza do transdutor ao término de cada exame com gaze, água e sabão;

Caso o exame não possa ser realizado por motivos internos do setor (falta de energia, ausência do médico, defeito no aparelho), remarcar o exame para outro dia ou orientar a aguardar telefonema para novo agendamento;

Atentar para risco de queda do paciente da mesa do exame.

7. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

8. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

9. REFERENCIAS

LIRA FILHO et al. Recomendações para Acreditação de Laboratórios de Ecocardiografia. Arq Bras Cardiol: Imagem cardiovasc. 2018; 31(2):82-88.

ARMSTRONG, W. F; RYAN, T. Feigenbaum Ecocardiografia. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

BERNARDI, G. A; COSTA, T. C. M. Avaliação da Atividade Antimicrobiana do Alcool 70% em Superfícies Contaminadas. Journal of Infection Control. v.6, n.4, 2017.

ABCMED. Ecocardiograma: Você Conhece o Exame?. 2013. Disponível em: . Acesso em: 17 nov. 2019.

3. AUXÍLIO À ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA

1. OBJETIVO

Avaliar pacientes com fenômenos paroxísticos (epilépticos ou não). Avaliar encefalopatias tóxicas-metabólicas, infecciosas e degenerativas (demências). Classificar e seguir as várias modalidades de epilepsias.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

SUS – Sistema Único de Saúde;

ECG – Eletrocardiograma;

Nasiun - raiz do nariz;

Inium - protuberância occipital;

Fp - pólo frontal.

4. MATERIAL UTILIZADO

Luvas;

Fita métrica;;

Lápis para demarcar pontos dos eletrodos;

Pasta para EEG;

Espátula;

Separador de cabelos;

Papéis cortados para fixação dos eletrodos (lençol de papel);

Gaze;

Cuba rim;

Água morna;

Álcool 70%.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado (longa duração, necessita de cooperação, não mexer a cabeça, manter os olhos fechados), sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;

Verificar se o paciente está com preparo necessário (cabelos limpos e secos). Inspecionar os cabelos do paciente quanto a umidade, gel, cremes ou pediculose. Caso não esteja em condições adequadas para realização do exame, o mesmo deverá ser remarcado;

Higienizar as mãos;

Reunir material necessário para realização do procedimento;

Ajudar o paciente, se necessário, a subir na maca e deitá-lo;

Preencher o protocolo do exame EEG com seu respectivo número, entregá-lo ao paciente ou seu acompanhante, orientando quanto à retirada do laudo;

Preencher no sistema a ficha do paciente, contendo nome completo, data de nascimento, número do prontuário, número do exame, nome do médico(a) solicitante e origem. No campo observação, anotar informações relevantes como: cicatriz cirúrgica e sua localização; afundamento de crânio; tremores espontâneos em membros e face, agitação, demência, pseudocrise, anotar no campo observações do sistema (informações relevantes, principalmente quando paciente não cooperante;

Iniciar a montagem dos eletrodos, utilizando-se o sistema 10-20 de colocação utilizando-se montagens mono e bipolares. Separar os cabelos e marcar com lápis específico os locais para aplicação de pasta condutora e respectivos eletrodos;

O método utiliza quatro pontos padronizados:

raiz do nariz (nasiun),

protuberância occipital (inium),

ambos no mesmo plano sagital;

ponto préauricular (depressão na raiz do zigoma anteriormente ao tragus).Os pontos são encontrados utilizando 10 e 20 % das medidas encontradas.

Demarcar medidas ântero-posterior. Medir a distância entre o nasiun e iniun passando pelo vértex, na linha média. Cinco pontos são então marcados ao longo desta linha, designados como pólo frontal (Fp), frontal (F), central (C), parietal (P) e occipital (O);

Marcar o primeiro ponto (Fp) a 10 por cento da distância násiun-íniun, marcá-lo logo acima do násiun; Marcar segundo ponto (F) a 20 por cento da mesma distância e marcá-lo acima do Fp;

Marcar os pontos central (C), parietal (P) e occipital (O), na linha média a cada 10 por cento da distância násiun- íniun. Todos esses pontos marcados na linha média são seguidos de "z" no nome do eletrodo (PGND, Fz, Cz, Pz);

Medir linha coronal central, da distância os pontos pré-auriculares, passando pelo ponto central já determinado com a medida ântero-posterior. Dez por cento desta medida acima do ponto pré-auricular, marcar o ponto temporal médio (T3, T4) e 20 por cento acima do temporal médio está o ponto central (C3, C4);

Marcar linha ântero-posterior passando agora sobre a região temporal, frontal e occipital, medindo-se a distância entre o ponto da linha média Fpz e o ponto occipital também da linha média, Oz, passando-se pelo ponto temporal já previamente determinado;

Marcar 10 por cento da medida, a partir da posição do Fpz, assim como a partir do ponto occipital da linha média Oz;

Desta forma, marcar outros dois pontos "Fp" (1 e 2), um à direita e outro à esquerda e ainda dois outros pontos "O" (1 e 2), também um à direita e outro à esquerda. Os pontos temporal anterior e posterior (T5, T6) estão na posição 20 por cento da distância a partir dos pontos Fp e O determinados nesta linha;

Marcar pontos remanescentes, frontal (F3, F4, F7, F8)) e médio parietal (P3 e P4) estão posicionados ao longo da linha coronal frontal e parietal respectivamente, equidistante entre a linha média e a linha temporal. Sendo que, os eletrodos ímpares ficam posicionados à esquerda e pares, a direita;

Ao iniciar o exame, verificar se as configurações estão corretas no sistema;

Fazer logo em seguida, na captação elétrica, o teste de impedância;

Com a luz apagada, pedir para o paciente fechar os olhos;

Iniciar a gravação observando o traçado e o paciente, clicar "vigília", após 30 segundos pedir para abrir os olhos. Parar a gravação e corrigir artefatos ou eletrodos que se desprendem fácil do couro cabeludo. Parar quantas vezes for necessário e anotar qual eletrodo foi trocado;

Clicar "olhos abertos", após 30 segundos pedir para o paciente fechar os olhos e clicar "olhos fechados". Em seguida, o maior tempo em vigília, clicar "vigília", observando o traçado. Sempre que necessário parar a gravação para recolocar ou trocar os eletrodos;

Observar se o paciente responde aos comandos verbais, orientá-lo antes de iniciar o estado de hiperventilação para que não haja deslocamento dos eletrodos. Solicitar que o paciente inspire e expire pela boca. Clicar hiperventilação;

Clicar estado de pós hiperpneia, ao término de hiperventilação. Pedir para o paciente respirar normalmente;

Orientar paciente a manter os olhos fechados durante a fotoestimulação e em seguida clicar na opção flashestimulação;

Ao término da fotoestimulação, clicar pós flashestimulação;

Clicar também durante a gravação alguns eventos, bocejo, tosse, tremores espontâneos, sono espontâneo;

Ao término da gravação, pedir para o paciente abrir os olhos, acender a luz da sala, pegar a cuba rim contendo água morna;

Tirar os eletrodos um a um, cuidadosamente, limpar a cabeça do paciente com gaze embebida em água morna e após gaze seca, removendo toda a pasta restante. Limpar também os eletrodos com gaze e água morna e secar com gaze seca;

Pedir para o paciente sentar, observar possível tontura, ajudar a descer da maca, se necessário, e se estiver bem dispensá-lo;

Retirar lençol de papel, realizar limpeza da maca com álcool 70%, repor lençol de papel limpo; Higienizar as mãos;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

6. PERIODICIDADE

Relativas: seborreia excessiva, infecção de pele no couro cabeludo e pediculose, cabelos úmidos.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Exame deve ser realizado com o paciente em decúbito dorsal;

Durante a gravação do exame, o profissional deve estar atento ao paciente; pode acontecer (raramente) que pacientes epilépticos tenham uma crise durante o procedimento;

É fundamental que durante o procedimento tanto o celular do profissional quanto do paciente esteja desligado;

Necessário a cooperação do paciente para realizar o exame, por isso é realizado apenas em pacientes maiores de 6 anos quando estão conscientes e orientados. É possível realizar exames em menores de 6 anos quando estes estiverem em sono profundo.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10. REFERENCIAS

American Electroencephalographic Society. Guideline Twelve: Guidelines for LongTerm Monitoring for Epilepsy. J Clin Neurophysiol, 11(1):88-110, 1994.

Berger H. Ueber das Elektroenkephalogramm des Menschen. Archiv Psychiatr Nervenkr 1929, 87:527-570.

Jasper H. H. The Ten-twenty Electrode System of the International Federation. Electroenceph Clin Neurophysiol 1958;10:370-375.

Morris III H; Lüders H. Electrodes. In: Gotman J, Ives JR, Gloor P. (eds).

Electroenceph Clin Neurophysiol 1985; (Suppl. 37):3-26.

Garzon E. Conventional EEG: The 10/20 system and the rationale for the use of the 10/10 system. Disponível em: http://www.lasse.med.br/mat_didatico/lasse1/textos/eliana03.html. Acesso em: 30 nov 2015.

ABCMED. Eletroencefalograma: Como é Feito? Como Se Preparar Para o Exame? Quais São as Complicações? Disponível em: https://www.abc.med.br/p/exames-eprocedimentos/347519/eletroencefalograma-como-e-feito-como-se-preparar-para-oexame-quais-sao-as-complicacoes.htm. 2013. Acesso em: 17 nov. 2019.

4. AUXÍLIO A ELETRONEUROMIOGRAFIA

1. OBJETIVO

Localizar lesão no sistema nervoso periférico e muscular, prover informações sobre fisiopatologia da lesão, avaliar grau de comprometimento e o curso temporal da lesão.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se à todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

SUS – Sistema Único de Saúde.

4. MATERIAL UTILIZADO

Luvas;

Gel;

Lençol (se necessário);

Camisola (se necessário);

Eletrodos para eletroneuromiografia;

Álcool 70%;

Gaze;

Esparadrapo microporoso.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Conferir agendamento, documento de identidade;

Verificar se o paciente está com preparo necessário. (não ter usado cremes, óleos ou loções na pele;

Orientar retirar adornos metálicos (brincos, anéis, cordões, pulseiras, etc.). Caso não esteja em condições adequadas para realização do exame, o mesmo deverá ser remarcado;

Higienizar as mãos;

Reunir material necessário para realização do procedimento;

Ajudar o paciente, se necessário, a subir na maca e deitá-lo;

Posicionar o paciente conforme exame a ser realizado, preservando sua privacidade. Oferecer camisola, se necessário;

Retirar excesso de gel da pele e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir-se, se necessário;

Realizar curativo oclusivo, se algum ponto permanecer com sangramento;

Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 segundos

Em seguida, repor lençol de papel limpo;

Higienizar as mãos ;

Devolver a documentação e orientar paciente a aguardar o laudo;

Entregar o laudo para paciente;

Desprezar perfurocortantes no descarpack, se restar algum;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado .

6. PERIODICIDADE

N/A

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

O procedimento de eletroneuromiografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas;

Pode haver leve dor ou a formação de hematomas nos locais de inserção da agulha.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10. REFERENCIAS

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Eletroneuromiografia. Disponível em: . Acesso em 17 nov 2019.

INTERFISIO. Eletroneuromiografia. Disponível em: . Acesso em 17 nov 2019.

5. AUXÍLIO A ULTRASSONOGRAFIA

1. OBJETIVO

Avaliar órgãos e estruturas internas do corpo humano.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

SNG – Sonda Nasogástrica;

SOG - Sonda Orogástrica;

AD - Água Destilada;

CCIH – Comissão De Controle De Infecção Hospitalar;

N/A – não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Luvas;

Gel para ultrassonografia;

Lençol descartável;

Avental (se necessário);

Preservativo sem lubrificante (para exame transvaginal);

Álcool 70%;

Hamper para roupas sujas;

Equipamentos de Proteção Individual.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Conferir agendamento e documento de identidade;

Conferir se o paciente fez preparo específico para cada tipo de exame;

Fornecer avental para o paciente se trocar, quando necessário;

Reunir material necessário para o exame;

Higienizar as mãos;

Paramentar-se com EPI;

Posicionar paciente conforme exame a ser realizado, preservando sua privacidade;

Retirar o excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir-se, se necessário;

Orientar o paciente a desprezar o avental utilizado no hamper após a troca;

Retirar lençol descartável utilizado e desprezar em lixo comum se não houver sangue, secreções dos pacientes e/ou gel após contato com mucosa de paciente. Friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 segundos, repor lençol descartável limpo;

Realizar a limpeza dos transdutores de ultrassom conforme observação abaixo;

Higienizar as mãos;

Devolver a documentação do paciente e orientá-lo a aguardar o laudo;

Entregar o laudo para paciente;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

6. PERIODICIDADE

N/A

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Procedimento de ultrassonografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas;

Realizar limpeza dos transdutores linear e convexo ao término de cada exame com gaze, água e sabão, e do transdutor endocavitário, com gaze, água e sabão, e após friccionar com álcool 70% por 30 segundos.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem/ Auxiliar de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10. REFERENCIAS

RUMACK, C. M. ; WILSON, S. R. ; CHARBONEAU, J. W. Tratado de Ultrassonografia Diagnóstica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MASSELLI, I. B.; WU, D. S. K. Manual Básico de Ultrassonografia. São Paulo: Departamento de Diagnóstico por Imagem da UNIFESP, 2013.

BERNARDI, G. A.; COSTA, T. C. M. Avaliação da Atividade Antimicrobiana do Álcool 70% em Superfícies Contaminadas. Journal of Infection Control, v.6, n.4, 2017.

6. AUXÍLIO DE TESTE ERGOMÉTRICO

1. OBJETIVO

Avaliar resposta clínica, hemodinâmica, autonômica, eletrocardiográfica, metabólica e, eventualmente, ventilatória ao exercício.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

SUS – Sistema Único de Saúde;

IAM – Infarto Agudo do Miocardio.

4. MATERIAL UTILIZADO

Luvas;

Esfigmomanômetro;

Estetoscópio;

Álcool 70%;

Gaze;

Cuba rim;

Eletrodo descartável;

Balança;

Avental (se necessário).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Conferir lacre do carrinho de urgência;

Verificar funcionamento da balança, desfibrilador e laringoscópio;

Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; Orientar paciente a ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, caso esteja de acordo com a realização do exame. Em caso de impossibilidade de leitura pelo paciente, ler e explicar o termo para paciente e carimbar a impressão digital;

Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente. Paciente deve estar usando roupas confortáveis que não limitem movimentos, mulheres devem estar vestindo top ou sutiã, homens devem estar com o tórax tricotomizado, deve estar calçando tênis ou sapato confortável. Verificar se ingeriu refeição leve, deve estar portando receita de medicação em uso;

Conferir preparo específico com paciente;

Orientar o paciente quanto ao procedimento, aferir pressão arterial , medir estatura e pesar;

Registrar os dados e apresentá-los ao cardiologista, juntamente com a receita para confirmar a realização do exame;

Reunir material necessário para o exame;

Higienizar as mãos;

Se exame confirmado, oferecer avental e limpar com gaze e álcool 70% os locais onde serão colados os eletrodos;

Monitorizar paciente com eletrodos nas seguintes localizações:

(RA) na região acrômio-clavicular D,

(LA) na região acrômio-clavicular E,

(RL) em crista ilíaca D,

(LL) em crista ilíaca E,

(V1) no 2° espaço intercostal a D,

(V2) no 2° espaço intercostal a E,

(V3) entre V2 e V4, 20 (V4) na linha hemiclavicular no 3° espaço intercostal,

(V5) na linha axilar anterior no 3° espaço intercostal,

(V6) na linha axilar média no 3° espaço intercostal.

Auxiliar paciente a subir na esteira, posicionando o manguito no braço esquerdo, preferencialmente;

Acompanhar exame para auxiliar em eventuais intercorrências;

Ao término do exame, retirar o manguito do braço do paciente, auxiliar paciente a descer da esteira e retirar os eletrodos;

Encaminhar o paciente para se vestir, devolver a documentação e orientar paciente a aguardar o laudo;

Higienizar as mãos

Entregar o laudo para paciente;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

6. PERIODICIDADE

N/A

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Procedimento é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas;

Antes de iniciar os exames, em cada plantão, realizar teste operacional do desfibrilador da seguinte forma:

Verifique se o cabo de energia está ligado na tomada, desligue e verifique o acionamento da bateria;

Ligue o desfibrilador, apertando a tecla LIGA (ON). Retire as pás e as mantenha no local de encaixe para disparo da carga;

Selecione uma carga baixa, clicando ou girando o botão de seleção;

Dê a carga no aparelho e dispare a carga pressionando os botões (conforme orientação do fabricante). Perceba sinal sonoro ou visual indicando o disparo da carga;

Coloque as pás nos locais de encaixe se estas tiverem sido retiradas ou as mantenha no encaixe;

Desligue o desfibrilador clicando ou girando o botão para a posição DESLIGA (OFF);

Religue o cabo de energia à tomada e mantenha ligado;

Registre o teste realizado em impresso próprio.

Caso o exame não possa ser realizado por motivos internos do setor (falta de energia, ausência do médico, defeito no aparelho) remarcar o exame para outro dia ou orientar a aguardar telefonema para novo agendamento;

Atentar para risco de queda do paciente da esteira.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10. REFERENCIAS

MINISTÉRIO DA SÁUDE. ANVISA. Abordagem de Vigilância Sanitária de Produtos para Saúde Comercializados no Brasil. Brasília, 2011

MENEGHELO, R. S.; ARAÚJO C. G. S.; STEIN, R.; MASTROCOLLA, L. E.; ALBUQUERQUE, P. F.; SERRA, S. M.; ET AL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Teste Ergométrico. Arq Brás Cardiol. 2010; 95 (5 supl.1); 1-26.

ABCMED. Teste Ergométrico ou Teste de Esforço: O que Devo Saber Sobre Ele?. Disponível em: . Acesso em: 17 nov. 2019.

7. COLETA DE CITOLOGIA HORMONAL ÚNICA

1. OBJETIVO

Avaliar a ação hormonal, por meio da leitura dos esfregaços com secreção vaginal para diagnóstico de telarca precoce.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

SUS – Sistema Único de Saúde.

4. MATERIAL UTILIZADO

Luvas de procedimento;

Máscara cirúrgica;

Álcool a 70%;

Lâminas;

Cotonetes;

Frasco porta-lâminas de plástico;

Lápis;

Caixa térmica;

Requisição de exame;

Livro de registro de exames.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e acolher o paciente e responsável com atenção;

Receber prescrição de exames;

Identificar as lâminas com iniciais do nome e número do prontuário a lápis;

Identificar o frasco porta-lâmina com nome do paciente, número do prontuário , nome da unidade;

Orientar paciente e responsável quanto à coleta, posicionando a paciente na maca com auxílio do responsável;

Realizar a coleta de secreção vaginal, em introito vaginal com cotonete;

Realizar esfregaço da secreção, em duas lâminas, em forma de Z e três esfregaços paralelos nos lados não fosco, acondicionando-as em frasco porta-lâminas preenchidos com álcool à 70%;

Orientar a responsável sobre o resultado do exame e retorno à consulta médica;

Registrar em livro de controle o número do prontuário, nome do paciente, data da coleta, nome do médico solicitante;

Acondicionar os frascos identificados em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

6. PERIODICIDADE

N/A

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Proceda às anotações de enfermagem.

10. REFERENCIAS

Caderno de Coleta de Exames Laboratoriais. Secretaria Municipal da Saúde São Paulo, 2006. Disponível em:< https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1930> Acesso em 12 nov 2019.

Manual de Exames Laboratoriais. Instituto de Patologia Clínica. Campinas, 2010.

8. COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

1. OBJETIVO

Realizar exames laboratoriais para diagnóstico, monitoramento e tratamento de doenças.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

EPI – Equipamento de Proteção Individual;

CLSI - Clinical and Laboratory Standards Institute.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPIs (luvas de procedimento, óculos de proteção, avental, máscara cirúrgica);

Tubos para coleta de sangue à vácuo;

Agulha descartável;

Seringa descartável;

Sistema a vácuo: suporte, tubo e agulha descartável;

Kit estéril para urocultura;

Kit não estéril para Urina;

Frasco para exame protoparasitológico de fezes;

Frasco para coleta de Urina 24 h;

Caixa térmica azul com gelo reciclável congelado (para urina, fezes, baciloscopia, biópsias e outros exames. Cada tipo de material em uma caixa separada e devidamente identificada na parte externa);

Caixa vermelha sem gelo reciclável para hemoderivados que deverão ser separados em estantes pela cor da tampa;

Gelo reciclável;

Caixa para descarte de material perfurocortante;

Livro de registro para controle de exames realizados.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Chamar o paciente pelo nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos. Solicitar documento com foto e conferir com o nome constante no exame;

Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;

Separar prescrição de exames;

Verificar quais exames foram solicitados e se contêm, quando necessário, os demais documentos anexados;

Verificar se os dados estão completos e igualmente descritos em todos os documentos, com letra legível respeitando os espaços dos quadrados do formulário, contendo os dados: nome completo do paciente (sem abreviaturas), sexo, data de nascimento, prontuário, dados completos do solicitante (nome, categoria profissional, número do conselho de classe, assinatura e carimbo);

Confirmar com o paciente se este encontra-se com o tempo de jejum adequado e demais preparos para os exames solicitados;

Questionar sobre os medicamentos de uso contínuo do usuário, orientando-o a ingeri-los/administrá-los após a coleta de sangue, evitando sempre que possível ultrapassar o horário de costume;

Identificar o(s) frasco(s) dos exames entregues pelo usuário (fezes e urina), com as etiquetas, de acordo com o tipo de exame. Checar se os frascos estão bem vedados e colocar nas respectivas caixas térmicas, as quais deverão estar com gelo reciclável congelado na quantidade padronizada e devidamente fechada;

Registrar em livro-controle: data da coleta, dados do paciente e discriminar os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle;

Orientar o paciente quanto ao resultado do exame;

Fornecer etiqueta com número do exame para controle;

Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário, de acordo com exames solicitados;

Deixar a guia de exames juntamente com as etiquetas e os tubos separados para proceder a coleta de sangue, de modo que o usuário não fique de posse desse material;

Na sala de coleta:

Chamar o paciente pelo seu nome completo e apresentar-se cordialmente ao usuário ou ao responsável, no caso de incapaz e/ou menor de idade;

Conferir o nome do usuário, pedindo para que repita seu nome completo e apresente o documento com foto. Conferir os exames solicitados e os tubos;

Posicionar o usuário para a coleta, sentado ou deitado, a depender das condições do indivíduo e da faixa etária;

Higienizar as mãos utilizando água e sabão ou utilizar o álcool 70%;

Devidamente paramentado (EPIs), calçar as luvas de procedimento e fazer a escolha do local da punção;

Fazer a desinfecção do local escolhido com gaze ou algodão embebido em álcool a 70%, realizando um único movimento de dentro para fora. Aguardar o álcool secar naturalmente e não tocar o local da punção. Se o paciente estiver usando roupas de mangas longas dobradas, verificar se a manga está prendendo a circulação. Se for o caso, desdobrar a manga, afrouxando-a;

Abrir o material na frente do paciente. Realizar a quebra do lacre da agulha e conectá-la ao adaptador, certificando-se sempre de que o conjunto está bem acoplado;

Garrotear aproximadamente a uns 04 cm do local escolhido para punção, não ultrapassando o tempo de 1 minuto para não haver alteração nos resultados;

Retirar a proteção da agulha e, imediatamente, fazer a punção na veia escolhida. Segurar o dispositivo entre os dedos polegar e indicador da mão dominante, posicionando o bisel da agulha para cima. Fazer a punção numa angulação obliqua de aproximadamente 30°;

Inserir o tubo de coleta à vácuo mantendo o adaptador imóvel e quando o sangue começar a entrar no tubo, desgarrotear e pedir para que o usuário abra a mão;

Aguardar o total preenchimento do tubo para depois colocar o próximo e é essencial obedecer à sequência dos tubos preconizada: 1º tubo de tampa azul-(Citrato), 2º tubo de tampa amarela e/ou vermelha com Gel Ativador, 3º tubo de tampa Roxa (EDTA) e por último, 4º tubo de tampa cinza (fluoreto de sódio/EDTA/ K2 ou K3);

Homogeneizar por inversão suavemente todos os tubos no mínimo oito vezes, inclusive o de tampa amarela e/ou vermelha. Uma inversão é contada após virar o tubo para baixo e retorná-lo à posição inicial;

Retirar a agulha da veia acionando, imediatamente, o dispositivo de segurança da agulha, e colocando uma gaze ou algodão sobre o local e pedir para o paciente pressionar o local sem dobrar o braço;

Descartar a agulha em caixa própria para resíduos perfurocortantes; separar o adaptador de agulha (canhão) para posterior higienização e desinfecção;

Após a coleta dos exames na presença do usuário, etiquetar os tubos corretamente;

Mostrar ao usuário submetido ao exame e/ou seu responsável os tubos etiquetados buscando a confirmação de que todas as amostras de sangue estão corretamente identificadas;

Realizar novamente a checagem e separação da prescrição de exames e acondicionar em local que garanta sua integridade;

Encaminhar ao Laboratório as amostras para análise;

Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

6. PERIODICIDADE

N/A

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não entregar para o usuário os tubos e/ou o pedido de exame enquanto ele aguarda ser chamado na sala de coleta;

Recomenda-se um fluxo único para o procedimento de coleta e não dividido por equipes de referência;

Recomenda-se arquivar as guias de solicitação de exames, evitando assim que o usuário rasure a mesma;

Deve-se identificar o nome do funcionário que efetuou cada coleta ou que recebeu amostras, mantendo-se o registro na unidade de forma a garantir a rastreabilidade, conforme a RDC nº 302 de 13/10/2005;

Para os usuários incapacitados de realizar coleta espontânea de urina, deve-se realizar Cateterismo Vesical de Alívio;

Exames de DST/AIDS deverão ser realizados de acordo com a Portaria nº 77 MS/GM 12/01/2012;

Exames de Microbiologia: as amostras para exames de: A fresco de Secreção vaginal – Grupo 13, Culturas em Geral (úlceras, Secreções de ferida, ocular e orofaringe) – Grupo 15 e Cultura

de fezes – Grupo 16, DEVEM SER ARMAZENADAS E TRANSPORTADAS AO LABORATÓRIO EM MALOTE SEM GELO, A TEMPERATURA AMBIENTE;

RDC 302 (item 6.1.7): "A amostra deve ser identificada no momento da coleta ou da sua entrega quando coletada pelo paciente". O descarte das etiquetas da cartela não utilizadas é de responsabilidade do profissional da coleta;

Atenção: usar 01 adaptador de agulha por paciente a cada dia, realizando a desinfecção posteriormente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/ Técnico de enfermagem/ Auxiliar de enfermagem .

9. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

REFERENCIAS

BRASIL. Portaria nº77 MS/GM de 12/01/2012. Disponível em;< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html>. Acesso em: 12 nov 2019. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 14 out 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Coleta de Exames Laboratoriais. Disponível em: < http://www.saude.campinas.sp.gov.br/unidades/laboratorio/Manual_de_Coleta_de_Exames.pdf >. Acesso em 12 nov 2019. Campinas, 2012. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem 132

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Caderno de Coleta de Exames Laboratoriais. São Paulo, 2006

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CAMPINAS. Fluxograma para coleta de sangue, 2015

9. EXAME DE ESPIROMETRIA

1. OBJETIVO

A espirometria serve para diagnosticar ou acompanhar a evolução de doenças pulmonares e avaliar a capacidade pulmonar. Indica se a quantidade de ar inspirado está sendo suficiente às necessidades do indivíduo.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

EPI – Equipamento Proteção Individual;

SUS – Sistema Único de Saúde.

4. MATERIAL UTILIZADO

Álcool 70%;

EPI (Avental descartável, máscara N95, luvas de procedimento) ;

Gazes ;

Bocal descartável;

Clips nasal;

Papel toalha;

Medicação broncodilatadora (prescrição médica);

Caneta azul;

Lápis comum;

Papel sulfite A4;

Balança calibrada;

Esfigmomanômetro e estetoscópio;

Computador com programação específica para o exame;

Impressora;

Espirômetro;

Filtro descartável para função pulmonar;

Seringa calibradora.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando e explicando o procedimento que será realizado;

Conferir se a prescrição médica ou ficha de regulação;

Verificar se as orientações do preparo para exame foram seguidas;

Solicitar a presença de um acompanhante;

Preparar e calibrar o espirômetro (computador), conferir os parâmetros conforme normas técnicas (SBPT);

Mensurar dados antropométricos;

Higienizar as mãos ;

Calçar luvas de procedimento, avental descartável, máscara N95, e outros EPIs necessários;

Preparar e orientar os pacientes, verificando se há contraindicações;

Manter paciente sentado de 5 a 10 minutos, pedir que respire através do tubo contendo o bocal conectado ao espirômetro;

Colocar presilha de borracha no nariz, respiração pela boca e tenha que passar pelo aparelho;

Pedir que o paciente respire tranquilamente por algum tempo;

Encher o pulmão de ar completamente e assoprar com máxima de força e rapidez possivel depois lentamente;

Aplicar a medicação broncodilatadora spray (prescrição medica), aguardar 20 minutos em repouso;

Repetir o exame novamente;

Orientar o paciente a higienizar a cavidade oral pós uso da medicação broncodilatadora;

Entregar o resultado do exame em duas vias para o paciente;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos ;

Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

6. PERIODICIDADE

N/A

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

O paciente deve estar em repouso por 5 a 10 minutos antes do exame;

Não é necessário jejum;

Não ingerir chás, cafés, ou bebidas alcóolicas 6 horas antes do inicio do exame;

Suspender por 4 horas o uso do broncodilatadores de ação rápida (Sabutamol) e por 10 horas de ação prolongada (Tiotropio);

Não fumar nas 2 horas que antecedem o exame.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem (habilitado pela Sociedade Brasileira Pneumologia e Tisiologia).

9. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10. REFERENCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545- 17.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TIRIOLOGIA. Espirômetros: Requisitos Rio de Janeiro, 1996: pp. 1-9.

JARDIM, J. R. B; ROMALDINI, H; RATTO, O. R. Proposta para Unificação dos Termos e Símbolos Pneumológicos no Brasil. J Pneumol 1983: PP 9:45-51.

PEREIRA, C. A. C, NEDER, J. A. Sociedade de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) Diretrizes para Testes de Função pulmonar. J Pneumol. 2002; 28(3): S1 -S 238.

10. POSICIONAMENTO DE PACIENTE PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES

1. OBJETIVO

Posicionar o paciente (independente,dependente, e/ou com mobilidade limitada) no leito, para realização de procedimentos ambulatóriais.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

Decúbito Ventral - É a posição em que o paciente fica deitado sobre o abdome;

Decúbito Lateral - é a posição em que o paciente fica deitado sobre um dos lados;

Decúbito Dorsal - o paciente fica deitado de costas com a cabeça e os ombros ligeiramente elevados;

Posição de SIMS - consiste em acomodar o paciente em decúbito lateral com as coxas fletidas (mais acentuadamente a que assenta sobre a marquesa) e com o braço oposto estendido para trás e ao longo do dorso;

Posição Litotômica - consiste em colocar o paciente deitado de costas, com as pernas flexionadas sobre a coxa, a planta dos pés sobre o colchão e os joelhos bem afastados um do outro.

4. MATERIAL UTILIZADO

Luvas;

Lençol descartável;

Lençol (se necessário);

Álcool 70%;

Hamper para roupas sujas;

Equipamentos de Proteção Individual (Conforme a precaução).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando e explicando o procedimento que será realizado;

Conferir se a prescrição médica ou ficha de regulação;

Verificar se as orientações do preparo para exame foram seguidas;

Solicitar a presença de um acompanhante, quando necessário;

Solicitar e orientar o paciente para se acomodar em leito/maca para realizar exame proposto.

Se posicionamento em decúbito dorsal:

Orientar/Auxiliar que o paciente deite na maca proposta, com a barriga voltada para cima;

Posicionar com cabeça direcionada para cabeceira da maca;

Colocar membros superiores alinhados (em estensão) ao corpo/tronco.

Se posicionamento em decúbito ventral:

Orientar/Auxiliar o paciente para que deite na maca, com a barriga voltada para baixo;

Posicionar cabeça lateralizada;

Colocar membros superiores alinhados (em estensão) ao corpo/tronco;

Hiperestender os pés para melhorar seu conforto.

Se posicionamento em decúbito lateral:

Orientar/Auxiliar o paciente a se posicionar deita sobre um dos lados do corpo (direito ou esquerdo);

Acomodar a cabeça sobre travesseiro;

Alinhar os braços ligeiramente flexionados;

O corpo deverá estar ligeiramente inclinado para frente ou o quadril a 30º com o leito;

O braço livre deverá ser colocado em qualquer posição que seja confortavel,devendo ser apoiado com travesseiro.

Se posicionamento em SIMS:

Orientar/Auxiliar o paciente a se posicionar lateralmente;

A cabeça deverá ser apoiada com a ajuda de travesseiro;

Utilize outro travesseiro para apoiar um dos membros superiores, que deverá estar flexionado;

Uma das pernas deverá estar estirado (reta) e a outra perna flexionada sobre um travesseiro até quase encostar o joelho no abdome.

Se posicionamento em Litotômica:

Orientar/Auxiliar o paciente a se posicionar em decúbito dorsal;

Alinhar membros superiores ao troco;

Flexionar membros inferiores e apoia-los nas perneiras;

Orientar paciente que mantenha o afastamento horizontal dos membros inferiores;

Cobrir região com lençol;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Auxiliar o paciente a se vestir quando necessário e se reposicionar;

Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos ;

Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

6. PERIODICIDADE

N/A

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Ja-neiro: Elsevier, 2009.

11. ADMINISTRAÇÃO DENEBULIZACÃO/INALAÇÃO/MICRONEBULIZAÇÃO

OBJETIVO

Promover a umidificação das secreções das vias aéreas visando facilitar a expectoração. Administrar medicamentos absorvíveis pela mucosa nasal que tenham efeito sistêmico.

APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

NT-Norma técnica;

CCIH -Comissão de Controle de Infecção Hospitalar ;

N/A- Não se aplica;

SAE – sistematização de Assistência de Enfermagem.

MATERIAL UTILIZADO

Fluxômetro;

Inalador com medicações prescritas;

Látex;

Papel higiênico ou forro;

Máscaras de inalação;

Luvas de procedimentos.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;

Higienizar as mãos conforme NT da CCIH e reunir o material;

Levar o material ao quarto do paciente;

Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e/ou acompanhante;

Preparar o paciente para receber o tratamento;

Ligar o inalador ao ar comprimido, ou oxigênio se necessário;

Orientar o paciente para inspirar profundamente a medicação;

Providenciar papel higiênico ou forro, para o paciente expectorar;

Manter inalação durante o tempo indicado e observar o paciente;

Recolher material e levar para desinfecção (expurgo);

Lavar as mãos;

Anotar no prontuário.

PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica.

RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Organizar o material;

Higienizar caso seja necessário;

Verificar prescrição médica;

Usar somente fluídos estéreis para a inalação e manipular o líquido de maneira asséptica;

Os inaladores são de uso individual e deverão passar por esterilização ou desinfecção de alto nível para serem ovamente utilizados em outro paciente.

RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

REGISTROS

Checagem no prontuário.

REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Ja-neiro: Elsevier, 2009.

12.ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR MÁSCARA FACIAL

1.OBJETIVO

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

2.APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3.SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

NT - Norma Técnica;

N/A - Não se aplica.

4.MATERIAL UTILIZADO

Oxigênio canalizado;

01 fluxômetro para oxigênio;

01 máscara facial de oxigênio;

01 frasco umidificador;

01 intermediário de silicone estéril;

01 frasco de água destilada estéril de 500 ou 250 ml;

01 bandeja de aço inox;

01 par de luvas de procedimentos;

05 unidades de gaze estéril;

01 frasco ampola de soro Fisiológico 0,9% de 10 ml.;

02 cotonetes ;

01 impresso para anotação de oxigênio.

5.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;

Identificar o paciente no prontuário;

Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante (se possível);

Higienizar as mãos conforme NT do Manual CCIH;

Separar e preparar os materiais;

Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;

Conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presen- ça ou a possibilidade de faíscas de materiais elétricos;

Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;

Encher o macronebulizador com água estéril destilada até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar a água do recipiente;

Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-lo ao fluxômetro;

Conectar uma das extremidades do tubo no frasco e a outra na mascara facial;

Ajustar a faixa elástica ou cadarço até que a máscara se encaixe bem e confortavelmente;

Colocar o paciente em posição segura e confortável;

Abrir a válvula de fluxômetro até produzir vapor de oxigênio;

Retirar o acúmulo de água no tubo de extensão ou intermediário de silicone;

Higienizar as mãos conforme NT da CCIH;

Registrar no prontuário em impresso padronizado a data, a hora do início, do termino e fluxo do oxigênio administrado;

Realizar a anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

6.PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Organizar o material;

Higienizar caso seja necessário;

Verificar prescrição médica;

Fazer limpeza das narinas a cada 8 horas, utilizando luvas de procedimento, 01 cotonete ou gaze e a ampola de SF 0,9%;

Desprezar a água do umidificador sempre que estiver abaixo do nível inferior a 1/3 de sua capacidade;

Trocar o sistema acoplado ao fluxômetro quando houver mau funcionamento, sujidade ou a cada sete dias encaminhá-lo para limpeza e desinfecção;

Em caso de suspensão temporária, guardar o cateter devidamente acondicionado e protegido;

Se não houver borbulhamento da água no umidificador, checar se o fluxômetro está conectado corretamente; se persistir, trocar o frasco umidificador;

Observar queixa de dispneia, padrão respiratório, frequência respiratória, sinais de cianose e valor de saturação de oxigênio e comunicar ao médico e ou enfermeiro em caso de intercorrências.

8.RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro.

9.REGISTRO(S)

Anotação e checagem em prontuário do paciente.

10.REFERENCIAS

BRUNNER,L.S;SUDDARTH,D.S. Tratado de enfermagem médico - cirúrgica . 12ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.2012 V1,2,3 e 4.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n.7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regu- lamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen. com.br. Acessado em: 31/07/2012.

POTTER,P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 6ª edição.Volume I. 863p

13. INSTALACÃO DE OXIMETRIA DE PULSO

1. OBJETIVO

Mensurar os níveis de saturação de oxigênio e a frequência do pulso.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3.SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

01 oxímetro de pulso com cabo de energia;

01 sensor em sonda de acordo com o paciente: (se pediátrico 10 cm de fita adesiva hipoalérgica ou esparadrapo);

03 bolas de algodão ou 01 pacote de gaze;

01 almotolia com álcool a 70%;

01 caneta;

01 impresso de sinais vitais ou de anotações de enfermagem.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Verificar a prescrição do paciente;

Identificar o paciente através do prontuário e identificação no leito;

Higienizar as mãos conforme NT 01 CCIH;

Separar e preparar os materiais;

Levar os materiais para a unidade do paciente;

Fazer desinfecção do sensor com algodãoumedecido com Álcool a 70%;

Verificar a voltagem do equipamento e conectá-lo à fonte de energia elétrica;

Ligar o monitor e determinar os limites do alarme, tanto para saturação de oxigênio alta quanto bai- xa, bem como, para as frequências de pulso altas e baixas, de acordo com a idade, condição física ou clínica, terapêutica e riscos;

Confirmar se o sensor está compatível ao monitor;

Selecionar a área apropriada para aplicar o sensor com base na circulação periférica e temperatura do membro (dedos das mãos, dos pés e lóbulo da orelha);

Determinar a adequação da circulação periférica, avaliando o enchimento capilar, evitando locais com: edemas, lesões cutâneas, hipotermia ou doença vascular periférica;

Preparar o sitio selecionado;

Fixar o sensor no local escolhido, alinhando o receptor e o emissor de luz um em oposição ao outro;

Em neonatal e pediátrico: Envolver primeiro uma gaze dobrada e depois passar a fita hipoalérgica;

Orientar Mãe ou responsável;

Conectar o sensor do oxímetro ao aparelho;

Certificar se a luz ou a forma da onda refletem a força do pulso, comparando a frequência radial ou apical do cliente com a frequência do oximetro. Quando existir diferença reavaliar a colocação do sensor;

Ler o nivel de saturação do oxigênio e a frequência de pulso;

Mudar o sensor de dedo a cada duas horas se sensor de salto (abre e fecha como pregador de roupa) ou a cada 4 horas se adesivo; deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;

Higienizar as mãos conforme NT 01 CCIH;

Registrar no prontuário a data, a hora, o local de escolha para colocação do sensor e os valores das leituras realizadas (saturação e frequência);

Assinar e carimbar;

Diante de níveis alterados, avaliar a condição clínica, verificar se o sensor não se soltou e, conferir se o tipo de sensor está adequado ao biótipo e ao local de escolha. Comunicar ao médico, se persistir.

6. PERIODICIDADE

Conforme necessidade e/ou solicitação do médico ou enfermeiro.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Registrar em prontuário e SAE.

10.REFERENCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lein.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regu- lamentação do exercicio da enfermagem e dá outras providências. Disponivel em http://www.portalcofen. com.br.Acessado em 07/09/15.

POTTER, P. A.&PERRY,A.G.Fundamentos de Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara koogan S.A.2004.

SOBECC. Práticas Recomendadas-SOBEC. Práticas Recomendadas- SOBECC 3ª ed. Revisada e atualizada 2005.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.

14. OXIGENOTERAPIA POR CATETER TIPO ÓCULOS

SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

NT CCIH - (Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);

EPI´s - (Equipamento de Proteção Individual);

N/A – Não se aplica.

MATERIAL UTILIZADO

Bandeja;

Luvas de procedimentos;

Gazes;

Extensão de látex;

Cateter nasal tipo óculos;

Rede de Oxigênio canalizada ou em torpedos;

Frasco contendo água estéril ou soro fisiológico estéril;

EPI'S (máscara, gorro, óculos, avental).

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;

Checar a identificação do paciente no leito;

Orientar e explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;

Higienizar as mãos norma da CCIH;

Separar e preparar os materiais;

Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;

Colocar os EPI'S;

Conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou a possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;

Encher o umidificador com água estéril destilada ou SF 0,9% até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar o recipiente totalmente;

Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-lo ao fluxômetro;

Conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador ao frasco e a outra no cateter nasal;

Abrir o fluxômetro e deixar um pouco de oxigênio sair para evitar acidentes por saída intempestiva do mesmo e verificar se há borbulhamento da água;

Colocar o paciente em posição segura e confortável;

Regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica ou no máximo a 3 l/min. Conforme prescrito;

Higienizar as mãos;

Posicionar o paciente em posição supina ou Semi-Fowler, quando possível;

Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;

Reunir todo o material, organizar o leito;

Realizar anotação no prontuário, assinar e carimbar.

PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica ou até melhora do quadro do paciente.

RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

REGISTRO(S)

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.

REFERENCIAS

BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica.9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2012 V.1, 2,3 e 4.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n.7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regu- lamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen. com.br. Acessado em: 31/07/2012.

15. OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

1. OBJETIVO

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Cateter nasal (tamanho apropriado ao paciente);

Extensão de látex;

Esparadrapo ou micropore;

Fita adesiva

Umidificador;

Água destilada estéril ou SF 0,9%;

Gaze;

Luvas de procedimento (proteção do colaborador).

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Reunir o material;

Levar o material para o quarto do paciente;

Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;

Datar o umidificador com fita adesiva;

Unir o cateter à extensão de látex e ao umidificador, observar o nível de água destilada ou Soro Fisiológico 0,9%;

Abrir a válvula do fluxômetro e manter fluindo um pouco de oxigênio;

Calçar luvas;

Segurar o cateter com a gaze e introduzir por uma das narinas (após mensurar o cateter do lóbulo da orelha a ponta da narina), delicadamente;

Fixar o cateter com esparadrapo sobre a face, nariz ou testa do paciente;

Aumentar o número de litros de oxigênio até a quantidade prescrita;

Pedir para o paciente respirar pelo nariz a fim de aproveitar totalmente o Oxigênio;

Retirar as luvas;

Guardar o material após o uso;

Lavar as mãos;

Anotar no prontuário, com letra legível.

5. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica ou até melhora do quadro do paciente.

6. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Observar o paciente durante o tratamento;

Trocar o cateter nasal a cada 24 horas;

Utilizar preferencialmente o cateter tipo óculos caso haja na unidade.

7. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

REGISTRO(S)

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.

REFERENCIAS

POTTER,P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 6ª edição.Volume I. 863p.

16. HIGIENE DO COURO CABELUDO

1. OBJETIVO

Estimular a circulação do couro cabeludo, proporcionar bem-estar e conforto ao paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A

3. MATERIAL UTILIZADO

Bandeja contendo:

Bacia com água morna;

Balde;

Sabão neutro ou Xampu;

Pente;

Um lençol ou toalha de banho;

Luvas de procedimento;

Impermeável ou Saco plástico.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Reunir o material;

Lavar as mãos;

Explicar o procedimento ao paciente;

Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;

Retirar o travesseiro;

Colocar o lençol ou toalha sob a cabeça do paciente para evitar molhar a região dorsal;

Sustentar a cabeça do paciente com a ajuda de outro colaborador;

Proteger os ouvidos do paciente com algodão;

Molhar, ensaboar e enxaguar o couro cabeludo fazendo uma leve massagem com as polpas digitais;

Secar bem com o lençol ou toalha;

Retirar o algodão dos ouvidos;

Retirar as luvas e avental, lavar as mãos;

Pentear os cabelos do paciente ou incentivá-lo a fazê-lo;

Reorganizar a unidade e recolher o material;

Anotar no prontuário a realização do procedimento.

5. PERIODICIDADE

Ao realizar exames de encefaloneuromigráfia, quando necessário

6. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A

7. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

REGISTRO(S)

Realizar a anotação de enfermagem, observar alterações no couro cabeludo como:

lesões,

presença de parasitas, hiperemias.

REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

17. HIGIENE ÍNTIMAFEMININA

1. OBJETIVO

Proporcionar higiene, conforto e bem estar ao paciente, evitando possíveis infecções.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A

4. MATERIAL UTILIZADO

Bandeja contendo:

Uma jarra;

Luvas de procedimento;

Avental impermeável;

Sabão neutro;

Água morna;

Saco de lixo;

Comadre;

Gaze;

Hamper;

Biombo;

Lençol ou cueiro (para forro);

Luva para banho ou compressas limpas.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Reunir o material;

Lavar as mãos;

Explicar o procedimento ao paciente ou ao acompanhante;

Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;

Trazer o hamper próximo ao leito e biombo preservando a privacidade do paciente;

Colocar a paciente em posição ginecológica retirando a calcinha ou fralda;

Colocar o forro e a comadre sob a região glútea;

Irrigar a vulva com água;

Ensaboar e enxaguar a região vulvar por fora, de cima para baixo;

Afastar os grandes lábios e lavar no sentido antero-posterior, sem atingir o ânus;

Lavar o ânus por último;

Irrigar a vulva com água limpa;

Retirar a comadre;

Enxugar a vulva com o forro que está sob a paciente;

Retirar o forro;

Colocar o material usado, no hamper;

Deixar a paciente confortável;

Realizar a limpeza da comadre;

Retirar as luvas e o avental;

Lavar as mãos;

Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Sempre que necessário, para realização de exames ou procedimentos.

7. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro,Técnico de enfermagem.

REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009

18. HIGIENE ÍNTIMA MASCULINA

1. OBJETIVO

Proporcionar higiene, conforto e bem estar ao paciente, evitando possíveis infecções.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A

4. MATERIAL UTILIZADO

Bandeja contendo:

Jarra;

Sabão neutro;

Água morna;

Saco de lixo;

Gaze;

Forro;

Biombo;

Hamper ;

Luvas de procedimentos;

Avental impermeável;

Comadre.

5. DO PROCEDIMENTO

Reunir o material;

Lavar as mãos;

Trazer o hamper próximo ao leito e biombo preservando a privacidade do paciente;

Se apresentar ao paciente;

Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante;

Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;

Posicionar o paciente expondo somente a área necessária para a higienização;

Colocar o forro e a comadre sob a região glútea;

Irrigar a região genital;

Afastar o prepúcio para trás;

Iniciar a higiene ensaboando a glande e em seguida todo o corpo do pênis;

Irrigar com água, retirando o sabão;

Ensaboar e lavar a região anal;

Irrigar com água para retirar o sabão;

Retirar a comadre e enxugar a região;

Reposicionar o prepúcio;

Retirar o forro e deixar o paciente confortável;

Realizar a limpeza da comadre;

Retirar as luvas e o avental;

Lavar as mãos;

Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Sempre que necessário, para realização de exames ou procedimentos.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Caso apresente sinais de infecção ou lesões na reglão genital comunique o enfermeiro.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

19. HIGIENE OCULAR

1. OBJETIVO

Manter a higiene dos olhos, evitando o acúmulo de secreção e infecções.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A

4. MATERIAL UTILIZADO

Bandeja;

Água;

Gazes não estéreis;

Luvas de procedimento;

Cuba pequena;

Toalha de rosto ou compressa.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Reunir o material;

Lavar as mãos;

Apresentar-se;

Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Calçar as luvas;

Posicionar o paciente em decúbito dorsal;

Umedecer a gaze com a solução fisiológica ou agua;

Proceder à limpeza do ângulo interno do olho ao externo, utilizando o lado da gaze somente uma vez, repetir quantas vezes forem necessárias; remover delicadamente a secreção, partindo da parte interna do olho;

Secar delicadamente;

Deixar o paciente confortável;

Retirar as luvas e lavar as mãos;

Reorganizar a unidade e recolher os materiais;

Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Sempre que necessário, para realização de exames ou procedimentos.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Em casos alteração no globo ocular como: hiperemia, secreção ou prurido, comunique o enfermeiro.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro,Técnico de enfermagem.

9.REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

20. HIGIENE ORAL

1. OBJETIVO

Reduzir a colonização da orofaringe e, consequentemente, diminuir os riscos de infecção respiratória. Controlar o biofilme na cavidade bucal e hidratar os tecidos intra e peribucal.

Prevenir a formação de úlceras e lesões da mucosa, evitar ou reduzir a halitose e proporcionar conforto ao paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

S/N – Se necessário;

RN – Recém Nascido,

N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Bandeja contendo:

Solução anti - séptica ou solução bicarbonatada ou água destilada (para RN) / creme dental;

Lubrificante para os lábios S/N;

Copo com água e canudo S/N;

Seringa de 20 ml ou 10 ml (para crianças ou RN);

Cânula de Guedel S/N;

Forro ou toalha;

Aspirador montado;

Sonda de aspiração;

Espátulas envoltas com gaze ou escova de dentes;

Luva de procedimento;

Óculos de proteção (quando paciente com muita secreção);

Máscara.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Reunir o material;

Lavar as mãos;

Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;

Colocar o paciente em decúbito dorsal (45);

Realizar paramentação com máscara, óculos e luvas;

Colocar uma toalha protegendo o tórax e pescoço do paciente;

Proceder à limpeza de toda a boca e língua do paciente, usando espátulas embebidas em solução antisséptica ou água;

Enxaguar a cavidade oral com a solução, e proceder à aspiração ao mesmo tempo;

Enxugar os lábios e hidratá-los;

Manter o paciente confortável;

Retirar as luvas, a máscara e o óculos;

Lavar as mãos;

Reorganizar a unidade e recolher o material

Realizar a limpeza dos óculos de proteção

Anotar no prontuário;

Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que necessário, para realização de exames ou procedimentos.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Em casos de alergia, sangramentos, mobilidade dental, lesões, dor ou inflamação na cavidade oral, suspenda o procedimento e comunique o enfermeiro;

A equipe de enfermagem deve solicitar auxílio ao cirurgião-dentista em toda situação adversa, tais como: patologias associadas, dentes com mobilidades, lesões de mucosa, sangramentos de origem bucal, presença de aparelhos fixos ou móveis e outras.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro,Técnico de enfermagem.

9.REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

10.REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

21. SONDAGEM NASOENTÉRICA

1. OBJETIVO

Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico, complementar os nutrientes em pacientes que não conseguem manter a ingestão adequada mais possuem a função do trato intes- tinal parcial ou totalmente integra.

Administrar medicamentos prescritos por via oral a pacientes com incapacidade de deglutição.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

SNE - Sondagem nasoentérica;

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Sonda Dobb Hoff com fio guia (tamanho compatível com o paciente);

Gazes;

Seringa de 10 ou 20 ml;

Esparadrapo ou micropore;

Estetoscópio;

Lubrificante (Xilocaina gel);

Água destilada estéril;

Luvas de procedimento;

Toalha de rosto.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Reunir o material;

Higienizar as mãos conforme Protocolo da CCIH;

Apresentar-se ao paciente;

Explicar para o paciente ou acompanhante o procedimento e a finalidade;

Examinar a permeabilidade e a condição da pele de cada uma das narinas;

Revisar na prescrição médica tipo de sonda e o esquema de alimentação enteral;

Ficar no mesmo lado do leito da narina de inserção e ajudar o paciente a assumir posição de Fowler, a menos que contra-indicado. Colocar um travesseiro atrás da cabeça e dos ombros;

Calçar as luvas;

Pergunte ao paciente sobre problemas nas narinas (dificuldade para respirar devido a desvio de septo ou adenóide);

Pergunte ao paciente sobre preferência (narina D ou E);

Proteja o tórax com papel toalha;

Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida ao apêndice xifoide mantendo técnica limpa;

Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter);

Injete água na sonda para lubrificá-la (se a sonda não for prélubrificada);

Reintroduza o fio guia na sonda;

Lubrifique a sonda com o gel lubrificante anestésico na sonda selecionada com a compressa de gaze;

Solicite ou auxilie o paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax;

Introduza a sonda suavemente pela narina escolhida até atingir a epiglote;

Solicite ao paciente que faça movimento de deglutição para facilitar a passagem da sonda a pela epiglote;

Retorne a cabeça para a posição ereta;

Continue introduzindo a sonda com suavidade até a marca;

Conecte uma seringa de 20 ml, aspire o conteúdo gástrico e injete de 10 a 20 ml de ar pela sonda e ausculte simultaneamente o quadrante abdominal superior esquerdo para se certificar quanto ao posicionamento da.sonda (gástrica);

Abaixe a cabeceira da cama e posicione o paciente em decúbito lateral direito (se possível);

Retire o adesivo da sonda (marca) e introduza mais 10 a 15 cm, considerando o porte físico do paciente;

Retire o fio guia, tracionando-o firmemente e segurando a sonda para evitar que se desloque;

Injete 20 ml de ar e observe o retorno menor que 10 ml e com dificuldade;

Faça a fixação da sonda com adesivo hipoalergênico, e de maneira que a sonda não pressione a asa do nariz.;

Retire as luvas de procedimento, mascara e óculos de proteção;

Deixe o paciente confortável;

Recolha o material, mantendo a unidade organizada.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Durante a introdução não force a sonda se encontrar resistência ou o paciente começar a tossir, engasgar ou ficar cianótico, interromper a passagem da sonda e puxe- a para trás;

Deixar o paciente confortável e o ambiente organizado;

Retirar as luvas e lavar as mãos;

Anotar no prontuário;

Antes da administração da primeira dieta, recomenda-se um RX de abdome para certificar-se do posicionamento da sonda;

Encaminhe o paciente para controle radiológico com o pedido médico ou aguarde para que seja realizado no leito. Certifique-se que o RX seja avaliado pelo médico, confirmado a localização da sonda e liberado para uso;

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem;

Se a sonda estiver alocada no pulmão, para retirá-la deve-se providenciar o carro de emergência próximo ao doente, solicitar a presença do médico e seguir orientações médicas de monitoramento do paciente após a retirada;

Na retirada da sonda oro ou nasoenteral repetir os 5 primeiros itens do protocolo acima descrito e retirar a sonda puxando lentamente em movimentos rotatórios. Desprezá-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável;

Lavar a sonda com água filtrada após administração de dieta enteral para não obstruir o cateter.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem.

9.REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10.REFERENCIAS

POTTER, P. A.&PERRY,A.G.Fundamentos de Enfermagem. 8ª ed.Rio de Janeiro. Guanabara koogan S.A.2013.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

22. SONDAGEM OROENTERAL

1. OBJETIVO

Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico, complementar os nutrientes em pacientes que não conseguem manter a ingestão adequada mais possuem a função do trato intes- tinal parcial ou totalmente integra.

Administrar medicamentos prescritos por via oral a pacientes com incapacidade de deglutição.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

SOE - Sondagem Oroenteral;

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

4. MATERIAL UTILIZADO

Sonda enteral (compatível com o paciente);

Seringa de 05, 10 ou 20 ml (conforme paciente);

Gazes;

Lubrificante hidrossolúvel;

Esparadrapo ou micropore;

Estetoscópio;

Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Higienizar as mãos;

Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;

Idenficar - se para o paciente e/ou acompanhante;

Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Posicionar o paciente em posição de Fowler 45º;

Reservar porção de xilocaína gel sobre gaze simples;

Calçar luvas de procedimento;

Realizar limpeza do local da fixação (lateral da face) com soro fisiológico e gazes;

Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida à cicatriz umbilical,mantendo técnica limpa;

Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter);

Lubrificar ponta distal do cateter com xilocaína gel;

Fletir a cabeça do paciente suavemente em direção ao tórax;egurar o cateter com a extremidade apontada para baixo curvá-lo se necessário e com cuidado, inseri-lo na cavidade oral;

Pedir para o paciente deglutir;

Introduzir o cateter até a marcação;

Testar o posiconamento do cateter;

Proceder com a fixação do cateter;

Desprezar o material utilizado em local próprio;

Retirar luvas de procedimento;

Deixar o paciente confortável no leito;

Higienizar as mãos;

Manter o ambiente em ordem;

Solicitar à equipe médica RX de controle enteral;

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Se a sonda estiver alocada no pulmão, para retirá-la deve-se providenciar o carro de emergência próximo ao doente, solicitar a presença do médico e seguir orientações médicas de monitoramento do paciente após a retirada;

Na retirada da sonda oroenteral deve-se puxá-la lentamente. Desprezá-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável;

Lavar a sonda com água filtrada após administração de dieta enteral para não obstruir o cateter.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9.REGISTRO(S)

Prontuário Médico.

10.REFERENCIAS

POTTER, P. A. & PERRY,A.G.**Fundamentos de Enfermagem.** 8ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara kooganS.A.2013.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

23. SONDAGEM NASOGÁSTRICA

1. OBJETIVO

Descomprimir o estômago, drenar liquidos intra-gástricos, realizar lavagem gástrica, alimentação, diagnos- ticar motilidade intestinal e administrar medicamentos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

SNG – Sonda Nasogástrica;

SOG - Sonda Orogástrica;

AD - Água Destilada;

CCIH – Comissão De Controle De Infecção Hospitalar;

N/A – não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Sonda Gástrica (compatível com o paciente);

Seringa de 05, 10 ou 20 ml (conforme paciente);

Gazes;

Lubrificante hidrossolúvel;

Esparadrapo ou micropore;

Estetoscópio;

Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Reunir o material;

Higienizar as mãos conforme protocolo CCIH;

Apresentar-se ao paciente;

Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;

Colocar o paciente com cabeceira elevada a 45º (DLE evita aspiração do conteúdo gástrico);

Calçar as luvas de procedimento;

Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida ao apêndice xifoide (+ até 3 cm abaixo do apêndice xifóide no adulto);

Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter);

Lubrificar a sonda;

Solicitar ao paciente para manter o pescoço em ligeira flexão durante a introdução da sonda e de- glutir várias vezes;

Introduzir a sonda lentamente até a altura delimitada com esparadrapo;

Observar aparecimento de tosse, cianose, sinais de estimulação vagal, bradicardia e apnéia;

Injetar ar rapidamente com a seringa e concomitantemente colocar o estetoscópio sobre o estômago procurando ouvir um ruído borbulhante;

Posicionar a sonda corretamente;

Deixar a sonda aberta, se prescrito;

Anotar secreção drenada se houver;

Retirar as luvas;

Lavar as mãos;

Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica, não excedendo o período de 5 meses.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Na retirada da SNG repetir os 5 primeiros itens do protocolo acima descrito e retirar a sonda puxando lentamente em movimentos rotatórios. Desprezá-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9.REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10.REFERENCIAS

POTTER, P. A. & PERRY,A.G. Fundamentos de Enfermagem.8ª ed.Rio de Janeiro. Guanabara koogan S.A.2013.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

24. SONDAGEM VESICAL DE DEMORA MASCULINA / FEMININA

1. OBJETIVO

Descomprimir a bexiga, tratando de casos de retenção urinária, assim como na coleta de urina para realização de exames

Instalação de medicamentos para realização de exames.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

SVD – Sonda Vesical de Demora;

AD – Água Destilada;

N/A – não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Gaze estéril;

Xilocaína gel;

Seringa de 20ml;

Agulha 40 x12;

Luvas estéreis;

Campo estéril e/ou bandeja;

Máscara e gorro descartável;

Bolsa Coletora Sistema Fechado;

Biombo;

Clorexidina aquosa 2% e/ou dergemante;

2 Ampolas c/ água destilada.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Reunir materiais necessários e encaminhar a unidade do paciente;

Realizar a lavagem das mãos;

Colocar Epi's;

Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de auxiliar;

Identificar-se ao paciente e acompanhante e explicar procedimento a ser realizado;

Atentar-se a privacidade do paciente (uso de biombos);

Calçar as luvas de procedimento;

Retirar roupas do paciente e/ou fralda;

Posicionar o paciente:

No HOMEM em decúbito dorsal;

Na MULHER em posição ginecológica.

Retirar luvas de procedimento;

Realizar a higienização das mãos;

Abrir a bandeja de cateterismo sobre a mesa auxiliar;

Dispor sobre a bandeja o cateter de Foley, xilocaína (sobre a gaze), solução de clorexidina aquosa a 1%, seringa e gazes;

Calçar luvas estéreis;

Aspirar água destilada com seringa de 20 ml, quantidade determinada pelo fabricante;

Testar o cuff do cateter de Foley com água destilada, a fim de verificar vazamentos;

Adaptar o cateter de Foley ao coletor de urina sistema fechado e fechar as presilhas de drenagem da bolsa coletora;

Dobrar as gazes em quatro, colocando-as na cúpula;

Montar a pinça com a gaze embebida em solução de clorexidina, procedendo à antissepsia.

Para higienização:

Dobrar as gazes em quatro, colocando-as na cúpula;

Montar a pinça com a gaze embebida em solução de clorexidina aquosa o dergemante.

NO HOMEM

Realizar, com a mão dominante, a antissepsia do corpo peniano com movimento unidirecional, da glande para virilha;

Com a mão não dominante, realizar e retração do prepúcio e segurar corpo peniano; e assim higienizar a glande e meato uretral em movimento único;

Colocar o campo fenestrado com a abertura lateral sobre a área limpa e sobre a mão não dominante;

Introduzir de 5 a 10ml de xilocaína no meato uretral e faça uma leve compressão da uretra;

Esperar o efeito anestésico da xilocaína por 5 minutos e retire a pressão sobre o corpo do pênis;

Segure a extremidade proximal do cateter com a mão dominante, posicione o pênis em 90º em relação ao corpo.

NA MULHER

Separe os grandes e pequenos lábios com a mão não dominante, atentando-se para não soltá-los;

Realizar, com a mão dominante, a antissepsia da região do meato uretral para a região pubiana dos pequenos lábios (sentido anteroposterior, movimento único);

Colocar o campo fenestrado com a abertura lateral sobre a área limpa;

Lubrificar a ponta do cateter com a xilocaína gel.

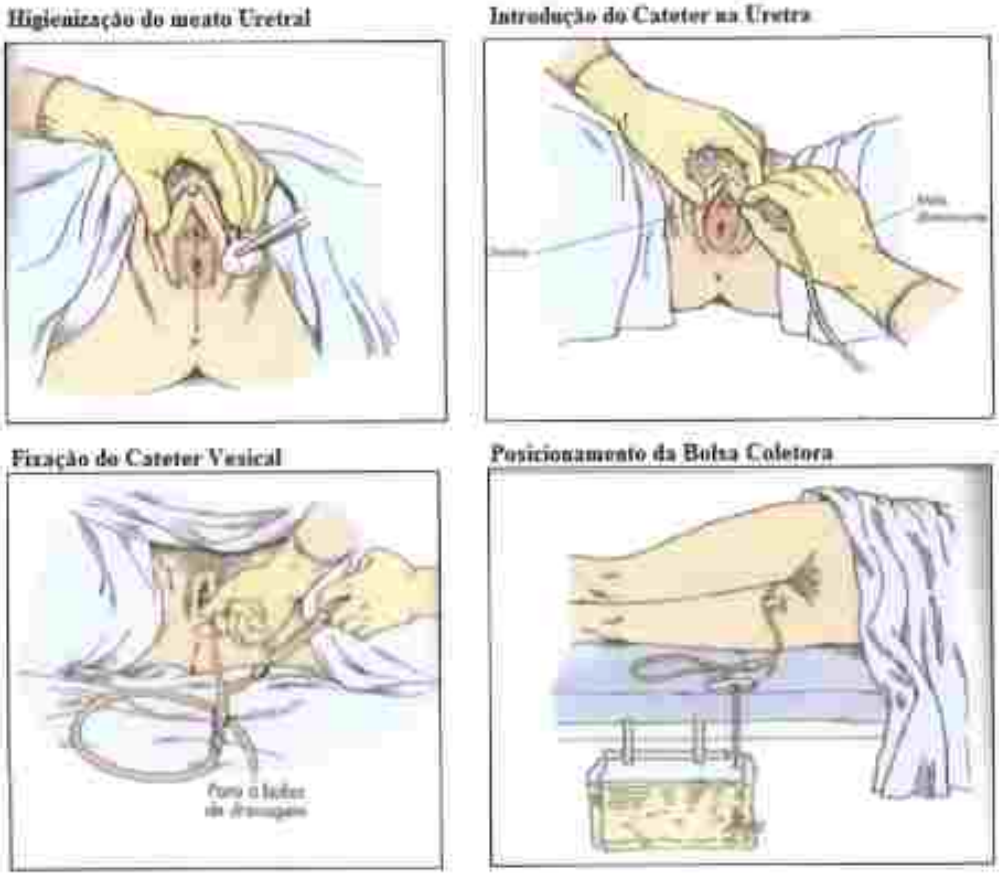


Figura 01. Sondagem Vesical de Demora Feminina

Introduza o cateter de Foley até o "Y" no meato uretral, lentamente;

Injetar água destilada com seringa de 20 ml, quantidade determinada pelo fabricante;

Testar se o cateter está fixado puxando-o delicadamente até apresentar resistência;

Retirar o campo fenestrado;

Posicionar a bolsa coletora abaixo da cintura do paciente (no próprio leito);

Deixar o paciente confortável no leito;

Realizar higienização da genitália;

Deixar o paciente confortável no leito;

Descartar o material em local adequado;

Manter unidade do paciente organizada;

Retirar luvas estéreis;

Realizar a lavagem das mãos;

Realizar as anotações necessárias no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Nunca elevar a bolsa coletora acima do nível da bexiga;

Nunca desconectar o sistema de drenagem fechado;

Sempre ao final do procedimento, realizar a retração do prepúcio;

Se no momento do procedimento houver contaminação do sítio ou dos matérias; realizar imediatamente a suspensão do procedimento, e reiniciar todo o processo do início e substituir materiais por novos, sem o comprometimento de sua integridade.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9.REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

8. REFERENCIAS

NUNES, José Wellington Cunha et al. Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH. Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017 - Campo Grande / MS. 2016: p:480.

25. TROCA DE SONDA DE CISTOSTOMIA

1. OBJETIVO

Drenar a urina contida na bexiga.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

EPI – Equipamento de Proteção Individual.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção) ;

Kit sondagem (cuba rim, pinças, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado) ;

Sonda foley ou de silicone de duas vias com calibre adequado;

Bolsa drenagem de urina sistema fechado (Bolsa coletora);

Luva estéril;

Gaze estéril;

Duas seringas de 20ml;

Agulha para aspiração;

Ampola de água destilada;

Lidocaína gel 2%;

Solução aquosa clorexidina 0,2% ;

Fita adesiva hipoalérgica;

Biombo Manual de Procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Reunir o material;

Chamar o paciente/confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Higienizar as mãos;

Promover a privacidade do paciente;

Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;

Paramentar-se com os EPIs;

Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado) e adicioná-los aocampo estéril com técnica asséptica;

Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa de cabeceira do paciente;

Desprezando o primeiro jato, colocar solução de Clorexidina 0,2% nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;

Abrir a bisnaga de lidocaína gel 2% e colocar um pouco em local estéril;

Com auxílio de uma seringa de 20ml desinsufle o balonete da sonda que esta no paciente e retire-a. Desprezar sonda e bolsa no lixo adequado;

Calçar um par de luvas estéreis;

Com auxílio de uma seringa de 20ml e uma agulha de aspiração, sem contaminar as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete. Testar o balonete introduzindo toda a água, após o teste reservar a seringa com água no campo estéril;

Com auxílio da pinça, proceder antissepsia do estoma;

Colocar o campo fenestrado sobre o estoma;

Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína 2%;

Introduzir a sonda delicadamente no estoma cerca de 20cm e insuflar o balonete com água destilada;

Conectar a bolsa coletora;

Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;

Retirar o campo fenestrado sem desconectar a bolsa coletora;

Proteger o estoma e a base da sonda com gaze estéril e ocluir com fita hipoalérgica;

Prender a bolsa coletora na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do executante;

Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos

Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

6. PERIODICIDADE

N/A

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;

Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica (sondagem e retirada da sonda);

A mudança de cateteres de cistostomia ou bolsas de drenagem em intervalos fixos de rotina não é recomendada. Em vez disso, a troca de cateteres e bolsas de drenagem acontece com base em indicações clínicas como infecção, obstrução ou quando o sistema fechado está danificado. Segundo orientações da ANVISA a equipe de saúde não precisa monitorar rotineiramente bacteriúria assintomática em pacientes com cateter, mas recomenda-se a sua retirada precocemente;

Manter o sistema de drenagem fechado, a não ser em situações específicas, como nas irrigações urinárias. Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24 F) quando for passível a formação de coágulo;

Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter, violação ou

contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida; (nunca trocar somente a bolsa coletora);

Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o paciente a mantê-la nesta posição;

Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga;

Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas;

Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem que este encoste no solo;

Realizar higiene íntima com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos duas vezes ao dia;

Perguntar ao paciente se este apresenta alergia a látex, PVPI e/ou fita adesiva hipoalérgica ou esparadrapo);

Em caso de urgência, (bexigoma, infecções de urina, entre outras) a troca do CVD poderá ser delegada a profissional auxiliar/técnico de enfermagem devidamente capacitado;

Realizar o curativo do estoma a cada 24 horas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9.REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10.REFERENCIAS

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO. Parecer nº 041/ 2012. Troca de sonda de cistostomia, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.

26. COLETA DE MATERIAL PARA UROCULTURA

1. OBJETIVO

Direcionar o tratamento médico na escolha de antibióticos específicos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A – não se aplica;

SAE – sistematização da assistência de enfermagem.

4. MATERIAL UTILIZADO

Frasco estéril;

Sabão neutro;

Cuba rim esterilizada;

Etiqueta do paciente;

Luva esterilizada e de procedimento;

Seringa, agulha e algodão com álcool (para pacientes sondados).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Realização de COLETA DE MATERIAL PARA UROCULTURA:

Verificar prescrição médica;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Orientar o paciente sobre o procedimento e solicitar sua colaboração;

Avaliar o entendimento do paciente quanto ao propósito do exame e método de coleta;

Calçar luvas de procedimento (técnica asséptica);

Proceder à higiene da genitália com água e sabão neutro;

Calçar luvas estéreis;

Desprezar o 1º jato de urina e o jato médio coletar;

Retirar as luvas e lavar as mãos;

Rotular o frasco;

Encaminhar material imediatamente após coleta não ultrapassando o período de 2h após coleta;

Realizar registro de enfermagem na folha de controle;

Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

De acordo com solicitação médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Quando o paciente estiver sondado realizar a coleta de urina para urocultura executando desinfecção com algodão e álcool a 70% no local próprio da sonda para a aspiração, aspirando a quantidade necessária de urina para o exame;

Em RN ou neonato realizar a coleta através de sondagem vesical.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem.

9.REGISTRO(S)

Após término do procedimento anotar em prontuário e SAE.

9.REFERENCIAS

POTTER, Patricia Ann, PERRY,Anne Griffine. Fundamentos de enfermagem. Elsevier, Rio de Janeiro, 8ª edição, 2013.

27. LAVAGEM INTESTINAL

1. OBJETIVO

Promover o esvaziamento intestinal para a realização de exames ou evitar distensão abdominal.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

OBS – Observação;

RN – Recém Nascido;

N/A – Não se Aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Solução prescrita;

Impermeável, forro e fralda (crianças);

Lubrificante hidrossolúvel;

Papel higiênico;

Comadre;

Suporte de soro;

Biombos;

Sonda retal (tamanho adequado ao paciente);

Gazes;

Equipo de soro;

Luvas de procedimento e máscara, gorro, óculos e avental.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Conferir prescrição médica;

Reunir o material e coloca-lo sobre a mesa de cabeceira;

Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;

Preservar a privacidade do paciente utilizando biombos para cercar o leito;

Lavar as mãos;

Conectar o equipo no frasco de solução;

Retirar o ar do equipo;

Colocar o suporte do soro, junto ao leito;

Colocar a comadre sobre o leito;

Colocar um impermeável sob as nádegas do paciente, para proteger a cama ou forro/fralda;

Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com o joelho direito flexionado. (Posição de Sims), deixando-o coberto. As crianças devem ser posicionadas em decúbito dorsal;

Colocar o frasco com a solução, conectado ao equipo no suporte;

Adaptar a sonda, deixar correr um pouco da solução na comadre, para expeli o ar;

Colocar a máscara e calçar as luvas;

Lubrificar a ponta da sonda retal;

Dobrar o lençol e, com a mão esquerda, afastar a prega interglútea, expor a região anal;

Introduzir a sonda no reto em direção à cicatriz umbilical. Pedir para o paciente respirar profundamente;

Adulto- 7,5 a 10 c. Crianças- 5 a 7,5 cm. Lactentes- 2,5 a 3,7 cm;

OBS: Introduzir a sonda com cuidado e lentamente para evitar lesões.

Não deixar entrar ar no intestino, quando a solução estiver acabando;

Abrir a pinça do equipo e deixar o liquido correr lentamente;

Fechar a pinça e retirar a sonda;

Desprezar a sonda em local adequado após envolve-la em papel higiênico;

Aconselhar o paciente a reter a solução;

Colocar o paciente em decúbito dorsal, e levantar a cabeceira do leito;

Colocar o paciente na comadre ou levar ao banheiro, deixar o papel higiênico à mão;

Retirar a comadre e levar ao banheiro, desprezar o conteúdo, e encaminhar ao expurgo para a limpeza;

Retirar as luvas;

Oferecer o material para lavagem das mãos do paciente e/ou higiene íntima;

Lavar as mãos;

Anotar no prontuário a realização do procedimento e intercorrências quando houver;

Monitorar sinais vitais;

Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Diminuir ou interromper o fluxo de líquidos, se o paciente acusar dor;

Quando o líquido não correr por obstrução da sonda, fazer movimentos delicados com a mesma, ou substituí-la, se estiver obstruído;

Em caso de RN retirar a fralda, após a eliminação fecal, pesando e desprezando-a. Anotar o peso na anotação de enfermagem.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro; Técnico De Enfermagem.

9.REGISTRO(S)

Em prontuário, após término do procedimento.

10.REFERENCIAS

POTTER, Patricia Ann, PERRY, Anne Griffine. Fundamentos de enfermagem. Elsevier, Rio de Janeiro,2005, p. 1390-1440.

28. TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA

1. OBJETIVO

Reter/coletar os efluentes. Manter a higienização do estoma. Proporcionar o conforto e bem estar ao paciente. Prevenir possíveis infecções e lesões de pele.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

EPI – Equipamento de Proteção Individual;

SF 0,9%- Soro fisiologico 0,9%.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPIs (luvas de procedimento, máscara cirúrgica);

Comadre;

Tesoura curva;

Soro fisiológico 0,9%;

Gaze ou papel higiênico;

Sabão de uso habitual;

Bolsa de estomia indicada ao paciente;

Escala de medida do estoma;

Placa da bolsa se houver (dispositivo de duas peças);

Protetor de pele (se necessário);

Pasta de resina sintética (se necessário).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Promover a privacidade do paciente expondo apenas a área do estoma, colocandoo em decúbito dorsal; 5 Paramentar-se com os EPIs;

Esvaziar a bolsa coletora, observando o aspecto do material coletado (cor, consistência, quantidade, odor) e desprezar na comadre ou no vaso sanitário;

Umedecer a região do adesivo da bolsa ou da placa com gaze embebida em SF 0,9% aquecido e remover cuidadosamente da pele, evitando lesões na pele periestoma e facilitar a remoção da bolsa ou da placa;

Limpar o estoma e região periestomal com gaze, água e sabão ou SF 0,9%, observando as condições da pele e mantendo-a seca para aplicação do dispositivo. Utilizar gaze sobre o mesmo para evitar drenagem de urina ou fezes enquanto prepara a nova bolsa coletora;

Medir o estoma com escala de medidas, traçar molde no verso da bolsa, deixando área de segurança de 1mm e recortar. Estoma irregular, preparar molde sob medida;

Colocar a pasta de resina sintética (se necessário), preenchendo os espaços vazios na região periestoma. Aplicar pó protetor na pele periestoma em caso de sinais de irritação local;

Retirar o papel protetor da base adesiva da bolsa ou da placa;

Adaptar a nova bolsa coletora, ajustando sua abertura ao estoma, pressionando suavemente contra a parede abdominal. Colocar o clamp/presilha no dispositivo e fechar. A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes;

Em caso de dispositivo com duas peças (placa mais bolsa coletora), traçar o molde no verso da placa e recortar conforme medida. Após, adaptar a placa a abertura do estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periostomal. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa;

Deixar o paciente confortável;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos

Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

6. PERIODICIDADE

N/A

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Existem estomias intestinais e urológicas, deve ser utilizada bolsa coletora específica para cada caso;

As bolsas coletoras podem ser de peça única (na mesma peça está a bolsa coletora e a barreira protetora de pele) ou de duas peças (bolsa coletora e barreira protetora de pele/placa separadas);

As bolsas coletoras podem ser abertas (reutilizáveis) ou fechadas (uso único). A bolsa aberta é drenável e deve ser lavada com água e sabão e mantida enquanto houver boa aderência à pele;

Remover o sistema de bolsas se o paciente reclamar de queimação ou coceira sob ele ou se houver drenagem purulenta ao redor do estoma;

Se o dispositivo for de duas peças, conectar a bolsa à base de modo que facilite o esvaziamento, levando-se em conta a preferência do paciente;

Usar apenas soro fisiológico ou água e sabão na pele ao redor do estoma para realizar limpeza;

Reservar o clamp/ presilha para ser reutilizado após limpeza;

A bolsa coletora deve ser esvaziada sempre que o efluente atingir um terço ou, no máximo, metade da sua capacidade, a fim de evitar vazamento ou desprendimento da bolsa;

Esvaziamento e a higienização regular da bolsa coletora aumenta sua durabilidade, o conforto e evita constrangimento ao paciente;

Orientar o paciente para eliminar o gás através da abertura do clamp.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

9.REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10.REFERENCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Orientações sobre ostomias, 2003. Disponível em: http://www.inca.gov.br/publicacoes/ostomias.pdf. Acesso em: 11 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília/DF, 2012.

29. TROCA DE GASTROSTOMIA

1. OBJETIVO

Proporcionar uma alternativa de via nutricional

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

EPI – Equipamento de Proteção Individual.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção);

Sonda foley com número ou gastrostomia adequada;

Gel de lidocaína 2%;

Seringa de 20 ml;

Água destilada – ampola.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Reunir o material;

Higienizar as mãos ;

Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;

Paramentar-se com os EPIs;

Retirar o Cateter antigo e rapidamente;

Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína 2%;

Introduzir a sonda delicadamente na abertura do estoma cerca de 12cm;

Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml), ou de acordo com recomendação do fabricante e fixar o cateter;

Aplique curativo no local da inserção, fixando-os com micropor, a fim de evitar que ele se movimente para dentro e para fora. E retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

6. PERIODICIDADE

N/A

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9.REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10.REFERENCIAS

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. DISTRITO FEDERAL. Parecer nº 007/99. Papel do Enfermeiro na troca de sondas de cistostomia e gastrostomia.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.

30. CURATIVO CATETER VENOSO PERIFÉRICO DE MÉDIA PERMANÊNCIA

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

P - data da punção;

T - data da troca do curativo, Número do Abocath;

AB nº XX e NOME Número do Abocath do profissional que realizou o curativo;

N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Bandeja;

Soro Fisiológico (SF) 0,9%;

Máscara descartável;

Luvas de procedimento;

Solução alcoólica a 70%;

Caneta;

Kit material para curativo estéril;

Fita microporosa hipoalergênica;

Esparadrapo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Higienizar as mãos;

Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;

Idenficar - se para o paciente e/ou acompanhante;

Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;

Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

Calçar luvas de procedimento;

Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;

Retirar luvas de procedimento;

Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;

Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;

Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;

Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9% iniciando pelo sitio de inserção do cateter e ampliar o campo;

Umedecer a gaze estéril com solução alcoólica a 70%;

Realizar antissepsia iniciando pelo sitio de inserção do cateter e ampliar o campo;

Deixar secar espontaneamente;

Fixar o cateter com fita microporosa hipoalergênica ou esparadrapo, conforme as condições da pele do paciente;

Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo, Número do Abocath AB nº XX e NOME do profissional que realizou o curativo;

Desprezar o material utilizado em local próprio;

Deixar o paciente confortável no leito;

Retirar luvas de procedimento;

Higienizar as mãos;

Manter o ambiente em ordem;

Realizar as anotações no prontuário do paciente;

Repetir o procedimento conforme prescrição.

6. PERIODICIDADE

Todos os setores.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;

Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

9.REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

10.REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014;

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014. POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro : Elsevier, 2013.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguí- nea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

31. CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL COM FILME TRANSPARENTE

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

P - data da punção;

T - data da troca do curativo e nome do profissional;

PICC - Cateter de Inserção Periférica Central;

N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

01 Bandeja;

01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;

01 Máscara descartável;

01 Caneta;

10 ml Solução alcoólica a 70%;

01 Filme transparente;

Luvas de procedimento;

01 Avental de mangas longas;

01 Kit material para curativo estéril;

01 Fita microporosa hipoalergênica.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Higienizar as mãos;

Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;

Idenficar - se para o paciente e/ou acompanhante;

Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;

Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Colocar o avental descartável de mangas longas;

Colocar máscara descartável;

Calçar luvas de procedimento;

Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;

Retirar luvas de procedimento;

Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;

Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;

Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;

Calçar luvas de procedimento;

Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9%, inicie pelo sítio de inserção do cateter ampliando o campo;

Umedecer a gaze estéril com solução alcoólica a 70%;

Realizar antissepsia, inicie pelo sítio de inserção do cateter, ampliando o campo;

Deixar secar espontaneamente;

Remover papel protetor, posicionar a parte do curativo composta de película sobre a pele do paciente deixando o sítio de inserção do cateter centralizado;

Remover o restante dos papéis protetores e molde a película ao redor do cateter;

Fixar o cateter à pele do paciente com fita, após aplicado o filme transparente no sítio de inserção;

Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional;

Deixar o paciente confortável no leito;

Desprezar o material utilizado em local próprio;

Retirar luvas de procedimento;

Retirar máscara descartável;

Retirar avental descartável de mangas longas;

Higienizar as mãos.

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Manter o ambiente em ordem;

Realizar as anotações no prontuário do paciente;

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem;

Na presença de sujidades, sangramentos, sinais flogísticos ou quando o filme estiver úmido, solto ou com a integridade comprometida, comunicar o enfermeiro;

Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril;

Em caso de falta do filme transparente e/ou quando o cateter estive posicionado na região de jugular, realizar o curativo simples.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9.REGISTRO(S)

Após término do procedimento, o procedimento deverá ser registrado em prontuário.

10.REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014;

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014. POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Ja- neiro: Elsevier, 2013.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguí- nea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

31. CURATIVO CATETER VENOSO CENTRAL SIMPLES

OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter.

APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

P - data da punção;

T - data da troca do curativo e nome do profissional;

PICC - Cateter de Inserção Periférica Central;

N/A – Não se aplica.

MATERIAL UTILIZADO

01 Bandeja;

01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;

01 Máscara descartável;

Luvas de procedimento;

10 ml Solução alcoólica a 70%;

01 Caneta;

01 Kit material para curativo estéril;

01 Fita microporosa hipoalergênica.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Higienizar as mãos;

Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;

Idenficar - se para o paciente e/ou acompanhante;

Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;

Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

Colocar o avental descartável de mangas longas;

Colocar máscara descartável;

Calçar luvas de procedimento;

Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;

Retirar luvas de procedimento;

Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;

Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;

Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;

Calçar luvas de procedimento;

Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9% iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo;

Umedecer a gaze estéril com solução alcoólica a 70%;

Realizar antissepsia iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo.

Deixar secar espontaneamente;

Dobrar uma gaze ao meio e colocá-la na inserção do cateter;

Fixar o cateter à pele do paciente com fita microporosa hipoalergênica;

Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional;

Desprezar o material utilizado em local próprio;

Deixar o paciente confortável no leito;

Retirar luvas de procedimento;

Retirar máscara descartável;

Retirar avental descartável de mangas longas;

Higienizar as mãos;

Manter o ambiente em ordem;

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7.RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sitio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;

Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril;

Para remoção do filme transparente, solte a parte fenestrada e puxe-o paralelamente à pele com uma das mãos, enquanto a outra segura o cateter;

Tipos de CATETERES CENTRAIS: Mono lumen, duplo lumen simples e para hemodiálise, PICC-Cateter de Inserção Periférica Central, Cateter de Flebotomia.

8.RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro;

Executantes: enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem.

9.REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

10.REFERENCIAS

PROTOCOLOS DA COMISSÃO DE CURATIVOS DO HGP/ PROTOCOLOS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014. POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Ja- neiro: Elsevier, 2013.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

32. CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA LIMPA E SECA

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção;

Otimizar o processo de cicatrização.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A

4. MATERIAL UTILIZADO

01 Bandeja;

100 ml Soro Fisiológico (SF) 0,9%;

01 Máscara descartável;

Luvas de procedimento;

01 Tesoura;

01 Caneta;

01 Kit material para curativo estéril;

01 Fita microporosa hipoalergênica.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Higienizar as mãos;

Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;

Idenficar - se para o paciente e/ou acompanhante;

Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;

Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

Colocar o avental descartável de mangas longas;

Colocar máscara descartável;

Calçar luvas de procedimento;

Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;

Retirar luvas de procedimento;

Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;

Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;

Fazer chumaço de gaze com auxilio da pinça Kelly;

Umedecer a gaze com soro fisiológico a 0,9%;

Calçar luvas de procedimento;

Proceder a limpeza da área menos contaminada para a mais contaminada, do centro para as bordas;

Lavar a ferida abundantemente com soro fisiológico a 0,9%.e fricção com gaze em rolamento.

Repetir a limpeza até as gazes sairem limpas;

Secar o centro e as bordas da ferida;

Dobrar as gazes finas e colocá-las em cima da incisão cirúrgica;

Cobrir as gazes com a fita microporosa hipoalérgica;

Identificar o curativo com DATA e HORA da troca do curativo e NOME do profissional que realizou o curativo;

Desprezar o material utilizado em local próprio;

Deixar o paciente confortável no leito;

Retirar luvas de procedimento;

Retirar máscara descartável;

Retirar avental descartável de mangas longas;

Higienizar as mãos;

Manter o ambiente em ordem;

Realizar as anotações no prontuário do paciente;

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sitio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;

Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro; técnico de enfermagem; auxiliar de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento registrar em prontuário.

10. REFERENCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

DEALEY, C. Cuidando de Feridas: Um Guia para as Enfermeiras, 3ª. ed., São Paulo: Atheneu, 2008. GEOVANINI, T; OLIVEIRA JR,A.G. Manual de Curativos, 2ª. ed., São Paulo: Editora Corpus,

2009. JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas, 1ª. ed., São Paulo: Atheneu, 2005.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente san- guínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

33. CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE DESVITALIZADO

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica;

Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

SF - Soro Fisiológico;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

01 Bandeja;

SF 0,9 % 100 Ml.;

01 Máscara descartável;

Luvas de procedimento;

01 Agulha 40x12;

01 Caneta;

Curativo especifico;

01 Algoritmo A04;

01 Kit material para curativo estéril;

01 Fita microporosa hipoalergênica.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Higienizar as mãos;

Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;

Idenficar - se para o paciente e/ou acompanhante;

Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;

Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

Colocar máscara descartável e gorro;

Calçar luvas de procedimento;

Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;

Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;

Retirar luvas de procedimento;

Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;

Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;

Calçar luvas de procedimento;

Iniciar a limpeza da ferida com jatos de soro fisiológicos e uma distância em torno de 10cm do leito da ferida;

Continuar a limpeza de todo o restante da lesão, com o auxílio de uma pinça com gaze, utilizando a técnica asséptica;

Realizar a limpeza de dentro para fora e de cima para baixo, utilizando as duas faces da gaze sem voltar ao início da incisão;

Repetir a técnica o quanto necessário;

Secar as bordas da ferida com gazes;

Observar a lesão quanto ao tipo e quantidade de exsudato, ao esfacelo ou se está com necrose seca;

Seguir o algoritmo anexo A04;

Desprezar o material utilizado em local próprio;

Deixar o paciente confortável no leito;

Retirar luvas de procedimento;

Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME do profissional que realizou o curativo;

Retirar avental descartável de mangas longas;

Retirar máscara descartável;

Higienizar as mãos;

Manter o ambiente em ordem;

Realizar as anotações no prontuário do paciente quando a grau da lesão, observações realizadas e produtos utilizados.

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

10. REFERENCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

LOUREIRO, M. D. R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Al- goritmo de prevenção, avaliação e tratamento. Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2015.

34. CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE GRANULAÇÃO

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica;

Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A

4. MATERIAL UTILIZADO

01 Bandeja;

01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;

01 Máscara descartável;

02 par Luvas de procedimento;

01 Curativo específico;

01 Caneta;

01 Seringa de 20 ml;

01 Algoritmo;

01 Algoritmo;

01 Kit material para curativo estéril;

01 Fita microporos.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Higienizar as mãos;

Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;

Idenficar – se para o paciente e/ou acompanhante;

Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;

Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

Colocar o avental descartável de mangas longas;

Colocar máscara descartável;

Calçar luvas de procedimento;

Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;

Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;

Retirar luvas de procedimento;

Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;

Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;

Aspirar soro fisiológico na seringa de 20 ml;

Calçar luvas de procedimento;

Iniciar a limpeza da ferida com jatos de SF 0,9% com a seringa de 20 ml e uma distância em torno de 10cm do leito da ferida;

Continuar a limpeza de todo o restante da lesão, com o auxílio de uma pinça com gaze, utilizando a técnica asséptica;

Realizar a limpeza de dentro para fora e de cima para baixo, utilizando as duas faces da gaze sem voltar ao início da incisão;

Repetir a técnica o quanto necessário;

Secar as bordas da ferida;

Observar a característica da lesão e exsudato;

Seguir o algoritmo;

Desprezar o material utilizado em local próprio;

Deixar o paciente confortável no leito;

Retirar luvas de procedimento;

Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME do profissional que realizou o curativo;

Retirar máscara descartável;

Retirar avental descartável de mangas longas;

Higienizar as mãos;

Manter o ambiente em ordem;

Realizar as anotações no prontuário do paciente quando a grau da lesão, observações realizadas e produtos utilizados;

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

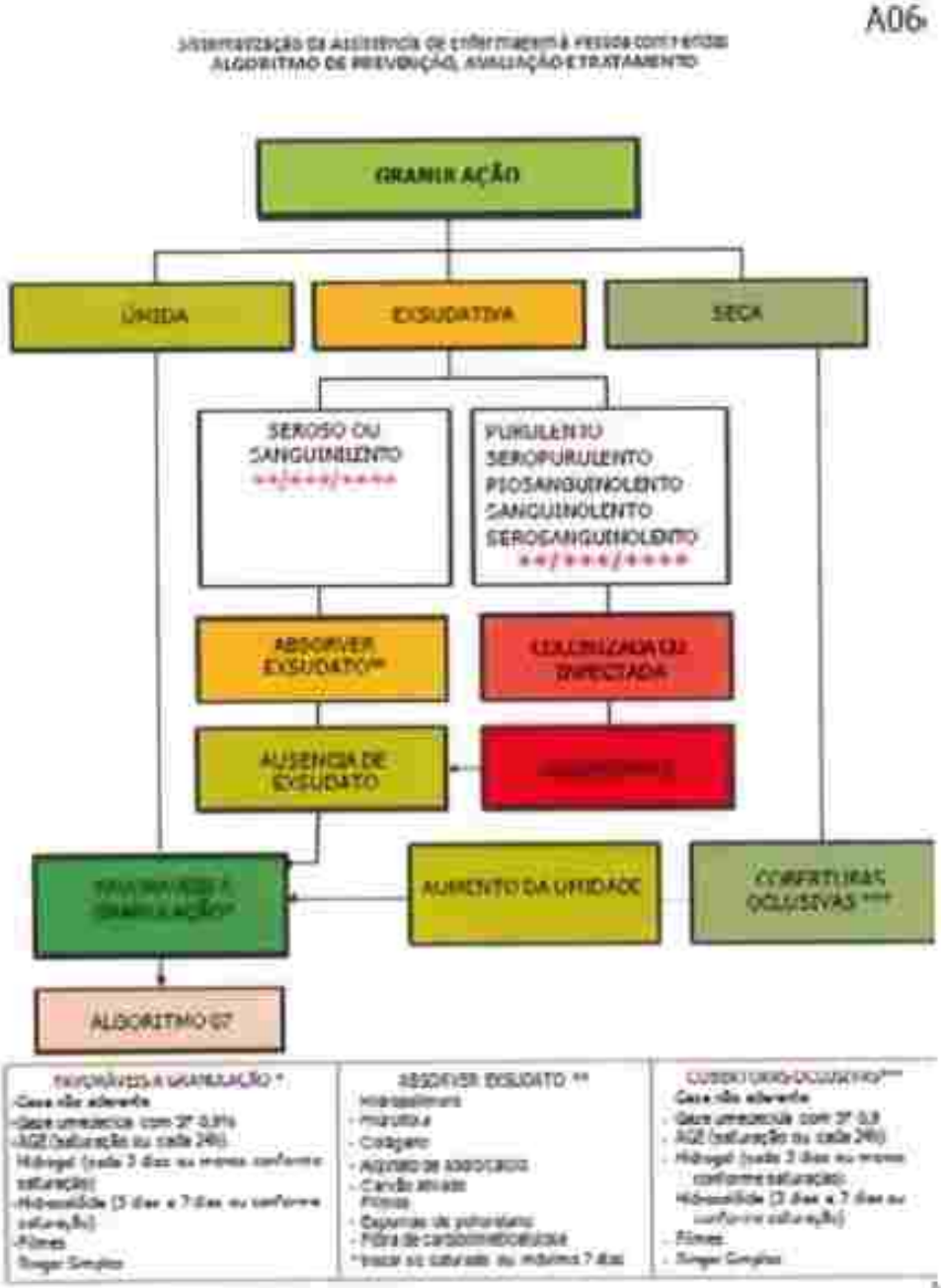
Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;

Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

A06



8.REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar ação em prontuário.

9. REFERENCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

LOUREIRO, M. D. R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Al- goritmo de prevenção, avaliação e tratamento. Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2015.

35. CURATIVO EM CATETER DE DUPLO LÚMEM (CDL)

1. OBJETIVO

Evitar tração do cateter, infecção e elevar o período de permanência do mesmo.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

EPI - Equipamentos de proteção individual;

SF - Soro Fisiológico;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI's – Gorro, máscara, óculos;

Luva de procedimento;

Luva estéril;

Gazes estéreis;

Soro fisiológico 0,9%;

Clorexidina Alcoólica 0,5% (1ª opção) ou PVPI Degermante e Álcool 70% (2ª opção);

Agulha 40 x 12 mm estéril;

Fita Microporosa;

Saco de lixo branco;

Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Realizar desinfecção da bandeja;

Preparar a bandeja com os matérias;

Lavar as mãos;

Calçar as luvas de procedimento;

Posicionar o paciente em posição fowler ou sentado;

Lateralizar a cabeça do paciente ao lado contrário do CDL, se este estiver localizado em região cervical. Se o CDL estiver inserido em região femoral, orientar o paciente a manter-se em decúbito dorsal com membros inferiores estendidos e em repouso. Expor a área do cateter;

Calçar luvas de procedimento e retirar o curativo cuidadosamente, evitando tracionar o CDL;

Retirar as luvas de procedimento e preparar o material, abrindo o pacote de curativo estéril;

Calçar as luvas estéreis;

Observar o sitio de inserção, identificando a presença de sinais de infecção e exsudato;

Iniciar limpeza com gazes umidificadas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;

Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;

Posteriormente realizar anti-sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1º opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em FALTA, escolher O PVPI DEGERMANTE (2ª opção). Realizar fricção no óstio de inserção do cateter com as gazes úmidas com PVPI degermante até criar espuma, em torno de um minuto a dois minutos;

Posteriormente, limpar a região com Soro Fisiológico 0,9%, retirando todo o PVPI degermante presente;

Utilizar gazes umedecidas com ALCOOL 70% no óstio de inserção do cateter e na pele ar redor, em movimentos circulares;

Secar, se necessário;

Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore ANTES de fazer a de- sinfecção da bifurcação do dispositivo;

Fazer a desinfecção da bifurcação com Clorexidina 0,5% Alcoólica e na FALTA desta, USAR o Álcool 70%;

Ocluir a bifurcação do cateter com uma bolsa adequada (copinho);

Posicionar o cateter de forma que não o dobre;

Deixar o paciente seguro e confortável;

Sempre desprezar o material contaminado em saco plástico;

Organizar o material, descartando materiais sujos no saco plástico e este no expurgo, atentando para o descarte do perfuro-cortante em lixo específico;

Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;

Retirar as luvas, máscara e higienizar as mãos;

Registrar o procedimento no prontuário, registrando as características do óstio de inserção do CDL e área periférica, a solução e o tipo de cobertura utilizada;

Assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

Trocar a cada 48 Horas (Dia Sim e Dia Não);

Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado);

Quando o óstio estiver com drenagem de exsudato e sinais flogísticos, realizar o curativo diariamente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

CATÉTER VENOSO CENTRAL DE DUPLO LÚMEN – SUSPEITA DE INFECÇÃO:

Presença de secreção purulenta no óstio do CDL ou celulite;

Presença de eritema, edema e dor que se extende por mais de 2cm no trajeto do túnel a partir do óstio do CDL;

Presença de hipertermia sem outro foco.

CUIDADOS COM O CATETER DE DÚPLO LÚMEM:

Manipular o cateter com técnicas assépticas, luva e material estéril;

Proteger a inserção do cateter com curativo estéril (curativo estéril, fechando primeiramente o óstio e posteriormente desinfectando as vias com álcool);

Realizar tricotomia em FACE nos pacientes do sexo Masculino (para facilitar a fixação e limpeza do cateter);

Realizar curativo sempre que o mesmo apresentar-se solto, sujo ou úmido;

Sempre anotar as caracteristicas do óstio de inserção após as trocas de curativo;

Manter o cateter bem fixado e posicionado de forma a evitar dobras em seu curso natural;

Manter o paciente com cateter femoral em repouso no leito, evitando a flexão do membro em que o cateter está inserido, para evitar traumatismos e manter a permeabilidade das vias e evitar infecção;

Evitar a reinserção de um cateter que se exteriorizou do local de saída, prevenindo a bacteremia;

Observar também os pontos de fixação do cateter. Se não estiverem presentes, comunicar ao médico responsável e ter cuidados extremos durante a troca de curativo;

Comunicar ao médico responsável casos de hiperemia e secreção drenada pelo óstio de inserção do dreno, pois são sinais de infecção, além dos episódios de hipertermia e calafrios;

Colher cultura de ponta de cateter, seguindo normas da CCIH, quando retirar os cateteres indicados.

CUIDADOS NA MANUTENÇÃO DE CATÉTER DUPLO LÚMEN:

Lavar as mãos antes de iniciar o curativo e após o término do mesmo;

Não molhar, nem submergir os dispositivos intravasculares. Para o banho do paciente, protegê-lo com cobertura impermeável (Plástico);

Caso aconteça a saída de parte do cateter, este não deverá ser reposicionado. O médico deve ser imediatamente comunicado;

Fazer desinfecção das conexões com álcool a 70% antes de qualquer manipulação.

7. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

8. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realiza- ção da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

9. REFERENCIAS

ANVISA. Infecção de Corrente Sanguínea:Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Cor- rente Sanguínea. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços. Agosto de 2010.

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

36. CURATIVO EM DRENO DE TORAX

1. OBJETIVO

Evitar infecções no óstio de inserção, complicações e tração do dreno.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

EPI - Equipamentos de proteção individual;

SF - Soro Fisiológico;

N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI's – Gorro, máscara, óculos;

Luva de procedimento;

Luva estéril;

Gazes estéreis;

Soro fisiológico 0,9%;

Clorexidina alcoólica 0,5%(1ª opção) ou álcool a 70% (2º opção);

Agulha 40 x 12 mm estéril;

Fita Microporosa;

Saco de lixo branco;

Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Realizar desinfecção da bandeja;

Preparar a bandeja com os materiais;

Orientar o paciente sobre o procedimento;

Posicionar o paciente em posição Fowler ou semi-Fowler;

Calçar as luvas de procedimento;

Retirar o curativo oclusivo do paciente, colocando os resíduos no saco de lixo;

Observar o óstio de inserção quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato;

Observar se existe a presença de secreção nas gazes que foram retiradas para posterior anotação (pequena quantidade de secreção serosanguinolenta é normal);

Palpar a área adjacente à procura de enfisema subcutâneo e crepitações;

Retirar luvas de procedimento;

Preparar o material asséptico e calçar luvas estéreis;

Realizar a limpeza do óstio de inserção do dreno em movimentos semicirculares, de dentro para fora;

Limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com soro fisiológico e com movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido; secar se necessário;

Posteriormente realizar anti-sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1º opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, escolher o ALCOOL 70%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);

Colocar uma fina camada de gazes embaixo e em cima do dreno, ocluindo adequadamente o óstio, fixando com fita microporosa;

Identificar o curativo;

Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;

Desprezar o saco em lixo contaminado;

Lavar as mãos;

Registrar o procedimento no prontuário;

Realizar anotação de enfermagem: aspecto do óstio, funcionamento do dreno e as queixas do paciente.

6. PERIODICIDADE

O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Atualmente NÃO é recomendada a instalação de esparadrapo na extensão do tubo, pois favorece o deslo- camento do mesmo durante as trocas do curativo.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realiza- ção da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universi- dade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

37. CURATIVO EM MEMBRO COM ERISIPELA BOLHOSA

1. OBJETIVO

Promover a limpeza, o conforto, a redução da algia e edema, favorecer a cicatrização e a avaliação da evo- lução da ferida.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

AGE: Ácido Graxo Essencial;

EPI: Equipamentos de proteção individual;

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI´s: máscara, gorro, óculos;

Luvas de procedimento;

Luvas estéreis;

Bacia estéril;

Soro Fisiológico 0,9%;

Agulha 40 x 12 mm estéril;

AGE (Ácidos Graxos Essenciais);

Gazes estéreis;

Atadura estéril;

Esparadrapo;

Saco de lixo;

Identificação do curativo: data, hora e assinatura do profissional que realizou o procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Opção 01: Diluir 1 comprimidos de Permanganato de Potássio em 4 litros de Soro Fisiológico 0,9% em uma bacia estéril.

Opção 02: Diluir meio comprimido de Permanganato de Potássio em 2 litros de Soro Fisiologico 0,9% em uma bacia estéril.

Lavar as mãos;

Realizar desinfecção da bandeja;

Preparar a bandeja com os matérias;

Orientar o paciente sobre o procedimento;

Lavar as mãos;

Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;

Retirar as luvas de procedimento e calcar as luvas estéreis;

Lavar o membro acometido na bacia com a solução já preparada;

Retirar o excesso da solução de permanganato de sódio, presente no membro, com água destilada;

Retirar as gazes umedecidas após decorrido o tempo de ação, não havendo necessidade de lavar novamente;

Ocluir o membro com gazes umedecidas com AGE;

Enfaixar o membro no sentido tornozelo à coxa e fixar com esparadrapo;

Identificar o curativo;

Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;

Lavar as mãos;

Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Realizar o procedimento duas (02) vezes ao dia, diariamente;

Em caso de necrose no tecido, comunicar o médico responsável e solicitar parecer para a Comissão de Curativos, se necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A bacia deve ser estéril para evitar contaminação cruzada. O membro acometido pela erisipela deve ser limpo com a solução descrita acima;

Se houver ferida aberta, presença de necrose, não precisa usar esta solução.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realiza- ção da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

PINTO, Et Al . Manual de Procedimentos Operacionais Padrão. Universidade Federal Fluminense. Hospital Universitário São Pedro- RJ, 2011.

38. CURATIVO EM FERIDA CIRÚRGICA, SEM DRENO

1. OBJETIVO

Realizar limpeza de uma ferida cirúrgica, prevenir infecção e identificar precocemente indícios de complicações.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

EPI - Equipamentos de proteção individual;

FC - Ferida Cirúrgica;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI´s: Touca, máscara;

Luva de procedimento;

Saco de lixo;

Gazes estéreis;

Luva estéril;

Fita microporosa;

Soro Fisiológico 0,9%;

Agulha 40 x 12 mm estéril;

Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Realizar desinfecção da bandeja;

Preparar a bandeja com os materiais;

Orientar o paciente sobre o procedimento;

Lavar as mãos;

Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente

Avaliar a ferida operatória observando a união das bordas, hiperemia ou drenagem de exsudato;

Calçar luvas estéreis, limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com prontosan em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;

Deixar gazes umedecidas com prontosan sobre a ferida por no mínimo 5 minutos e no máximo 15;

Secar se necessário;

Retirar as gazes umedecidas após decorrido o tempo de ação, não havendo necessidade de lavar novamente;

Ocluir a ferida operatória com gazes estéreis secas e fita microporosa;

Identificar o curativo;

Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;

Desprezar o saco em lixo contaminado;

Lavar as mãos;

Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Realizar o curativo em FC nas 24 horas após a cirurgia;

Realizar o curativo diariamente, somente em caso de drenagem de exsudato.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

O primeiro curativo e a primeira avaliação devem ser realizados cuidadosamente nas 24 horas após a cirurgia;

Ao retirar o curativo, se FC estiver limpa e seca, deixá-la descoberta.;

O curativo oclusivo pode ser necessário quando houver a drenagem de exsudato pela ferida;

As características do exsudato devem ser registradas (odor, coloração, espessura, quantidade).

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro responsável pelo plantão.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção).

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

SILVESTRE, et Al.Protocolo para Prevenção e Tratamento de Feridas Agudas e Crônicas.Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis, 2011.

39. LIMPEZA DE FERIDAS NEOPLÁSICAS

1. OBJETIVO

Limpar as feridas neoplásicas, reduzindo o odor fétido, promovendo melhor bem estar ao paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

AGE - Ácidos Graxos Essenciais;

EPI - Equipamentos de proteção individual;

SF - Soro Fisiológico;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI´s: máscara, gorro, óculos;

Luvas de procedimento;

Luvas estéreis;

Soro Fisiológico 0,9%;

Seringa de 20 ml estéril;

Lamina estéril;

Gazes estéreis;

Acochoados (se necessários);

Ataduras (se necessário);

Saco de lixo branco;

Esparadrapo ou micropore;

Se a ferida estiver com odor forte: 2 Comprimidos de Metronidazol diluídos em 1 frasco de 250 ml de SF 0,9%;

Cobertura adequada;

Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Realizar desinfecção da bandeja;

Preparar a bandeja com os materiais;

Orientar o paciente sobre o procedimento, se o mesmo estiver consciente;

Lavar as mãos;

Preparar a solução, macerando os comprimidos de Metronidazol, diluindo-os no frasco de Soro Fisiológico (que deve ser cortado com lamina estéril anteriormente). Com o auxilio de uma seringa de 20 ml, a ferida será irrigada com esta solução;

Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;

Retirar as luvas de procedimento e calcar as luvas estéreis;

Umedecer a ferida com o soro fisiológico 0,9% e retirar as gazes aderidas ao leito da ferida com luva estéril ou pinças estéreis;

Realizar limpeza da ferida com Soro Fisiológico a jato abundantemente;

Observar o ODOR da ferida e a CARACTERISTICA do exsudato da ferida:

Se a lesão estiver com ODOR, preparar os comprimidos de metronidazol no SF macerar os comprimidos, abrir o frasco do SF com lâmina e colocar os comprimidos dentro. Utilizar a seringa de 20 ml para limpar a ferida;

Aplicar a cobertura escolhida, adequada à lesão. Geralmente usasse óleo mineral para oclusão;

Ocluir adequadamente e identificar o curativo;

Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;

Desprezar o saco em lixo contaminado;

Lavar as mãos;

Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Geralmente deverá ocorrer a troca duas (02) vezes ao dia, porém, se a ferida estiver úmida, trocar mais vezes, se necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não utilizar nas feridas neoplásicas: AGE e coberturas desbridantes (papaína, colagenase, derivados do iodo);

Não é indicado o uso de metronidazol em solução endovenosa. A solução de soro com os comprimidos deve ser preparado no momento da realização do curativo, especificamente para feridas neoplásicas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro responsável pelo plantão.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção), e tipo de cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014.

SILVA, K.R.M.; BONTEMPO, P.S.M.; REIS, P.E.D.; VASQUES, C.I.; GOMES, I.R.; SIMINO, G.P.R. Intervenções terapêuticas em feridas tumorais: Relato de casos. Rev. Brasileira de Cancerologia 2015; 61 (4): 373-379.

40. CURATIVO EM CATETER POR DISSECÇÃO VENOSA (FLEBOTOMIA)

1. OBJETIVO

Evitar infecção na ferida operatória e complicações, além da tração do cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

EPI - Equipamentos de proteção individual;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI's – Gorro, máscara, óculos;

Luva de procedimento;

Luva estéril;

Gazes estéreis;

Soro Fisiológico 0,9%;

Agulha 40 x 12 mm estéril;

CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% (1º opção) ou ÁLCOOL 70% (2ª opção);

Fita microporosa ou esparadrapo ou atadura;

Saco de lixo;

Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Realizar desinfecção da bandeja;

Preparar a bandeja com os materiais;

Lavar as mãos;

Explicar o procedimento e a sua finalidade ao paciente e ao acompanhante se o paciente estiver consciente;

Posicionar o paciente em posição que facilite a exposição do membro com o cateter;

Calçar as luvas de procedimento;

Retirar o curativo oclusivo que estava anteriormente, colocando os resíduos no saco de lixo;

Observar a ferida operatória quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato purulento;

Observar se há presença de exsudato nas gazes que foram retiradas para posterior anotação (pequena quantidade de exsudato serossanguinolento é normal);

Retirar luvas de procedimento;

Preparar o material e calçar luva estéril;

Iniciar limpeza com gazes umidificadas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;

Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;

Posteriormente realizar anti - sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1º opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, escolher o usar o álcool 70% (2ª opção), iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);

Secar, se necessário;

Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore ANTES de realizar a desinfecção da bifurcação do dispositivo até a conexão do equipo;

Fazer a desinfecção da bifurcação com CLOREXIDINA 0,5% ALCOÓLICA e, na falta desta, usar o álcool 70%;

Ao ocluir cuidar para não dobrar e nem tracionar o cateter;

Identificar o curativo com data, horário e o nome do profissional que realizou;

Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;

Desprezar o saco em lixo contaminado;

Lavar as mãos;

Registrar o procedimento no prontuário;

Retirar luvas;

Encaminhar o lixo ao expurgo;

organizar os materiais e limpar bandeja;

Lavar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem descrevendo a característica da ferida, a permeabilidade do cateter, citando se existe ou não a presença de sinais flogísticos.

6. PERIODICIDADE

Troca: A cada 24 horas (ou seja, 01 vez ao dia);

Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado).

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Ao observar drenagem de exsudato do óstio ou outros sinais, como: hiperemia, dor, edema, no local, deve-se registrar no prontuário e comunicar o fato ao médico responsável pelo paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

ANVISA.Infecção de Corrente Sanguínea: Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Cor- rente Sanguínea. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços. Agosto de 2010.

41. CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA LIMPA COM DRENO DE PENROUSE

1. OBJETIVO

Realizar limpeza, prevenir infecção e identificar precocemente indícios de complicações, além de evitar atração acidental do dreno.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

EPI - Equipamentos de proteção individual;

SF - Soro Fisiológico;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI´s;

Luva de procedimento;

Saco de lixo;

Gazes estéreis;

Luva estéril;

Fita microporosa;

Soro Fisiológico 0,9%;

Agulha 40 x 12 mm estéril;

Saco coletor (se necessário);

Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Realizar desinfecção da bandeja;

Preparar a bandeja com os matérias;

Orientar o paciente sobre o procedimento;

Lavar as mãos;

Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;

Calçar luvas estéreis, limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com SF em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;

Se o dreno estiver longe da ferida operatória, deve-se ocluir a FO com gazes secas e realizar a lim- peza do óstio do dreno de penrouse com SF;

Secar com gazes estéreis secas (se necessário);

DRENO COM ANOTAÇÃO DO DÉBITO: Após a limpeza da pele Peri-dreno (ao redor do dreno) com SF, instalar a bolsa coletora, evitando manusear ou dobrar o dreno;

DRENO SEM ANOTAÇÃO DO DÉBITO: Após a limpeza, instalar gazes estéreis entre o dreno e a pele e em cima do óstio, fixando e ocluindo com fita microporosa. Identificar o curativo;

Retirar as luvas estéreis;

Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;

Desprezar o lixo em saco contaminado;

Lavar as mãos;

Registrar o procedimento no prontuário: anotando quantidade de exsudato, caracteristicas do líqui- do, odor, coloração e espessura.

6. PERIODICIDADE

O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;

Trocar o curativo em caso de sujidades ou quando o mesmo molhar.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A limpeza do óstio do dreno deve ser feita APÓS a limpeza da FO;

Realizar o primeiro curativo 24 horas após a cirurgia;

Observar a integridade da pele peridreno durante a limpeza;

Utilizar técnica estéril para a manipulação dos drenos até que ele seja removido.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as caracteristicas da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção). Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

REFERENCIAS

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clinicas da Faculdade de Medicina da Universi- dade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

LEVIN, A.S.S; et al. Guia de Utilização de Anti-infecciosos e Recomendações para a Prevenção de Infecções Hospitalares. 5ª Ed. São Paulo: Hospital das Clinicas. 2011.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. Acesso em 17/04/2015.

42. CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA LIMPA COM DRENO TUBULAR

1. OBJETIVO

Realizar limpeza, prevenir infecção e identificar precocemente indícios de complicações, além de evitar atração acidental do dreno.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

EPI - Equipamentos de proteção individual;

SF - Soro Fisiológico;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI´s;

Luva de procedimento;

Saco de lixo;

Gazes estéreis;

Luva estéril;

Fita microporosa;

Soro Fisiológico 0,9%;

Agulha 40 x 12 mm estéril;

Saco coletor (se necessário);

Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Realizar desinfecção da bandeja;

Preparar a bandeja com os materiais;

Orientar o paciente sobre o procedimento;

Lavar as mãos;

Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;

Calçar luvas estéreis, limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com SF em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;

Se o dreno estiver longe da ferida operatória, deve-se ocluir a FO com gazes secas e realizar a lim- peza do óstio do dreno tubular com SF;

Secar com gazes estéreis secas (se necessário);

Terminar de ocluir a FO e, posteriormente, instalar a bolsa coletora para anotação do débito, verificando adequadamente a aderência da bolsa à pele;

Retirar as luvas estéreis;

Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;

Desprezar o saco em lixo contaminado;

Lavar as mãos;

Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;

Trocar o curativo em caso de sujidades ou quando o mesmo molhar.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A limpeza do óstio do dreno deve ser feita APÓS a limpeza da FO;

Realizar o primeiro curativo 24 horas após a cirurgia;

Observar a integridade da pele peridreno durante a limpeza;

Utilizar técnica estéril para a manipulação dos drenos até que ele seja removido.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universi- dade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

LEVIN, A.S.S; et al. Guia de Utilização de Anti-infecciosos e Recomendações para a Prevenção de Infecções Hospitalares. 5ª Ed. São Paulo: Hospital das Clínicas. 2011.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. Acesso em 17/04/2015.

43. CURATIVO EM GASTROSTOMIA

1. OBJETIVO

Evitar infecção no óstio de inserção, complicações e tração da sonda.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

EPI - Equipamentos de proteção individual;

SF - Soro Fisiológico;

N/A - Não de aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI's – Gorro, máscara, óculos;

Luva de procedimento;

Luva estéril;

Gazes estéreis;

Soro fisiológico 0,9%;

Agulha 40 x 12 mm estéril;

Fita Microporosa;

Saco de lixo branco;

Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Realizar desinfecção da bandeja;

Preparar a bandeja com os materiais;

Orientar o paciente sobre o procedimento;

Lavar as mãos;

Posicionar o paciente em posição Fowler ou semi-Fowler;

Calçar as luvas de procedimento;

Retirar o curativo oclusivo do paciente, colocando os resíduos no saco de lixo;

Observar o óstio de inserção quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato;

Observar se existe a presença de secreção nas gazes que foram retiradas para posterior anotação (presença de secreção verde, pode indicar a drenagem de suco gástrico);

Retirar luvas de procedimento;

Preparar o material asséptico e calçar luvas estéreis;

Realizar a limpeza do óstio de inserção do dreno em movimentos semicirculares, de dentro parafora;

Limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com soro fisiológico e com movimentos únicos e

uniformes, no mesmo sentido; secar se necessário;

Colocar uma fina camada de gazes embaixo e em cima da sonda, ocluindo adequadamente o óstio, fixando com fita microporosa;

Fixar a sonda com um pedaço de fita microporosa, principalmente se a sonda for a Folley;

Identificar o curativo;

Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;

Desprezar o saco em lixo contaminado;

Lavar as mãos;

Registrar o procedimento no prontuário;

Realizar anotação de enfermagem: aspecto do óstio, funcionamento da sonda e as queixas do paciente.

6. PERIODICIDADE

O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;

Deve-se trocar quando molhar ou estiver sujo.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

ORIENTAÇÕES GERAIS:

Atualmente NÃO é recomendada a instalação de esparadrapo na extensão da sonda, pois favorece o des- locamento do mesmo durante as trocas do curativo.

CUIDADOS COM A PELE AO REDOR DA SONDA:

Antes de manipular a sonda, lavar bem as mãos;

Evitar tracionar a sonda ou empurrá-la para dentro da barriga;

Observar a pele ao redor da sonda diariamente. Registrar no prontuário e avisar ao medico responsável em caso de pele vermelha ou saída de secreção pela abertura na pele;

Solicitar a Comissão de curativos em caso de complicações, se necessário.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realiza- ção da troca do curativo e as caracteristicas da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universi- dade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

SANTOS, V. L. C. G.; Assistência em Estomaterapia - Cuidando do Ostomizado. Editora Atheneu, 2000.

CESARETTI, I. U. R.; PAULA, M. A. B. Estomaterapia: temas básicos em estomas. Cabral Editora e Livraria Universitária, 2006.

44. CURATIVO EM LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 1

1. OBJETIVO

Prevenir a progressão da lesão para o estágio seguinte.

Lesão por Pressão (LPP): A Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato.

A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

LPP ESTÁGIO 1: Pele intacta com hiperemia que não embranquece quando realizado digito pressão. Tal fato ocorre sobre proeminência óssea.

As LPP's estágio 1 podem ser difíceis de detectar em pessoas de pele escura.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

AGE: Ácidos Graxos Essenciais;

EPI: Equipamentos de proteção individual;

LPP: Lesão por Pressão;

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI's – Máscara, gorro, óculos;

Luvas de procedimento;

Hidrocolóide placa, se disponível na instituição;

AGE;

Saco de lixo;

Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional, data da próxima troca.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Preparar a bandeja com os matérias;

Lavar as mãos;

Calçar as luvas de procedimento;

Avaliar o corpo inteiro do paciente, especialmente as proeminências ósseas;

Nas áreas com Lesão por Pressão estágio 1 , instalar uma placa de hidrocolóide em tamanho adequado;

Se não houver placa de hidrocolóide, hidratar a pele com Ácido Graxo Essencial (AGE) a fim de manter a pele macia e elástica. Prescrever hidratação pelo menos duas vezes ao dia.

6. PERIODICIDADE

Quando a proteção da pele acontecer com o hidrocolóide, orientamos uma média de 03 dias para a troca;

Quando a hidratação da pele for realizada com AGE, a hidratação deve ser feita, pelo menos, duas vezes ao dia.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Seguir o protocolo de prevenção para as LPP's;

Aproveitar o momento do banho para avaliar toda a pele corpórea do paciente a fim de identificar outras regiões anatômicas comprometidas;

Recortar o hidrocolóide em um tamanho maior que a lesão, cerca de 05 cm a mais nas bordas, para que a placa tenha uma aderência total na pele adjacente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014.

DEALEY, C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 3º ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2008.

Ministério da Saúde/Anvisa / FioCruz. Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. 2013.

Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de En- fermagem em Dermatologia – SOBENDE. Adaptação cultural realizada pela professora Drª Maria Helena Larcher Caliri, Profª Drª Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, Drª Maria Helena Santana Mandel- baum, MSN Idevania Geraldina Costa. Nova Classificação das Lesões por Pressão, 2016.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. Acesso em 17/04/2015.

45. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A REALIZAÇÃO DE CURATIVOS

1. OBJETIVO

Realizar trocas de curativos de forma segura e organizada, prevenindo contaminação cruzada e mantendo a privacidade do paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

EPI - Equipamentos de proteção individual;

SF - Soro Fisiológico;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI 's: máscara, gorro, óculos;

Luvas de procedimento;

Luvas estéreis;

Gazes estéreis;

Soro Fisiológico 0,9%;

Fita microporosa;

Cobertura indicada;

Saco de lixo branco;

Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Realizar desinfecção da bandeja;

Preparar a bandeja ou o carrinho de curativo;

Orientar o paciente sobre o procedimento;

Lavar as mãos;

Calçar luvas de procedimento;

Retirar a parte externa do curativo (não retirar as gazes em contato e/ou aderidas ao leito da ferida);

Retirar as luvas de procedimento;

Calçar a luva estéril;

Retirar as gazes em contato com o leito da ferida com luva estéril ou com auxílio de pinças estéreis;

Com a mesma luva estéril, que retirou as gazes em contato com o leito da ferida, realizar a limpeza da mesma;

Iniciar a limpeza da ferida: Começar limpando o leito, posteriormente as bordas e depois a área próxima as bordas (área Peri-ferida);

Além do uso do SF 0,9% a jato, deve-se limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com SF 0,9% em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;

Em ferida operatória, deve-se iniciar a limpeza na incisão cirúrgica, em um mesmo sentido (unidi- recional) e posteriormente, da área adjacente, no mesmo sentido;

Após a limpeza, secar a área adjacente e bordas, se necessário;

Avaliar os tecidos presentes na ferida para escolher a cobertura adequada;

Aplicar a cobertura indicada e escolhida na lesão, sempre usando técnica asséptica;

Ocluir a lesão e realizar as trocas conforme a cobertura ou conduta da Comissão de Curativos ou do médico responsável pelo caso;

Identificar o curativo;

Organizar o material;

Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;

Desprezar o saco em lixo contaminado;

Lavar as mãos;

Registrar o procedimento no prontuário, citando as características da ferida e a cobertura escolhida.

6. PERIODICIDADE

O curativo deve ser trocado considerando a cobertura utilizada.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A utilização das luvas não substitui a lavagem das mãos;

Todo curativo realizado em ambiente ambulatorial deve ser realizado com técnica estéril;

Somente a camada externa do curativo pode ser retirada com luvas de procedimento;

Não retirar curativos com luvas já utilizadas em outros procedimentos;

As gazes em contato com o leito da ferida devem ser retiradas com luvas estéreis e com esta mesma luva estéril, já calçada, pode-se realizar a limpeza do leito da ferida;

Ter bom senso: Cuidado na abertura de grandes quantidades de pacotes de gazes, pois sobrando material, não se deve reaproveitar as mesmas em outras feridas (para evitar contaminação cruzada);

Quando o paciente tiver mais de uma ferida, não abrir o curativo com as luvas que realizou o útimo curativo. Deve-se trocar as luvas e realizar a lavagem das mãos ou desinfecção com álcool gel entre uma ferida e outra;

Os carrinho de curativos devem ser higienizados entre cada paciente atendido, para diminuir os risco de infecção cruzada, principalmente em locais com microorganismos multiresistente;

Manter na parte superior dos carrinhos somente os materiais neessários para cada curativo/paciente;

Material acondicionado no carrinho deve ser manipulado sem luva;

Almotolias: troca de soluções conforme orientação da SCIH;

Não posicionar bandeja ou materiais de curativo no leito do paciente;

Obrigatoria a desinfecção da mesa de mayo/carrinho entre um paciente e outro;

Evitar expor o paciente, mantendo a privacidade individual;

O saco de lixo branco deve ser individual para cada paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realiza- ção da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

REFERENCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universi- dade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011.

LEVIN, A.S.S; et al. Guia de Utilização de Anti-infecciosos e Recomendações para a Prevenção de Infecções Hospitalares. 5ª Ed. São Paulo: Hospital das Clínicas. 2011.

46. CURATIVO EM CATETER VENOSO CENTRAL

1. OBJETIVO

Evitar infecções no local de inserção do cateter e as complicações da disseminação de micro-organismos para a corrente sanguínea.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

EPI - Equipamentos de proteção individual;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI's - máscara, gorro, óculos;

Luvas de Procedimento;

Luva Estéril;

Soro Fisiológico 0,9%;

Agulha 40 x 12 mm estéril;

Gaze Estéril;

CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% (1º opção) ou ÁLCOOL 70% (2º Opção);

Fita microporosa;

Saco de lixo branco;

Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Realizar desinfecção da bandeja;

Preparar a bandeja com os materiais

Orientar o paciente sobre o procedimento;

Lavar as mãos;

Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente para não tracionar o cateter;

Observar o sitio de inserção, identificando sinais de infecção e presença de exsudato;

Avaliar também a área Peri-inserção, procurando dermatites, irritações e traumas na pele;

Retirar luvas de procedimento;

Preparar o material e calçar luva estéril;

Iniciar limpeza com gazes umidificadas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;

Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;

Posteriormente realizar anti-sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1º opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, usar o ÁLCOOL70%(2ª opção), ini- ciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);

Secar se necessário;

Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore;

Posteriormente, realizar a desinfecção da bifurcação (polifix e restante do cateter) com a solução escolhida;

Por fim, coloque a identificação: Data, horário do procedimento e assinatura;

Deixar o paciente seguro e confortável;

Recolher o material, descartando materiais sujos no saco plástico e este no expurgo, atentando

para o descarte dos perfuro cortantes em lixo específico;

Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;

Retirar as luvas, máscara e higienizar as mãos;

Registrar o procedimento no prontuário, registrando as caracteristicas do óstio de inserção do intra-cath, as condições do óstio de inserção e área periférica, a solução e o tipo de cobertura utilizada;

Assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

Troca: A cada 24 horas (ou seja, 01 vez ao dia);

Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado).

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

CUIDADOS NA MANUTENÇÃO DO ACESSO VENOSO PROFUNDO:

Diariamente, durante a troca de curativo, a inserção do cateter deve ser avaliada;

Não molhar, nem submergir os dispositivos intravasculares. Para o banho de aspersão do paciente, protegê-lo com cobertura impermeável (Plástico);

Caso aconteça a saída de parte do cateter, este não deverá ser reposicionado. Comunicar ao médico;

Não utilizar cremes de antibióticos no sitio de inserção;

Fazer desinfecção das conexões com álcool a 70% antes de qualquer manipulação.

OBSERVAÇÕES:

Observar e registrar no prontuário, diariamente, o sitio de inserção a procura de sinais flogísticos;

Em crianças, nas quais há maior perda de cateteres, a tomada de decisão deverá ser baseada nos riscos e benefícios da troca.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realiza- ção da troca do curativo e as caracteristicas da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

ANVISA. Infecção de corrente sanguínea: Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Cor- rente Sanguínea.Gerência Geral de Tecnologia em Serviços. Agosto de 2010. Acesso em 16/04/2015.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universi- dade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

SCIH. Manual de Recomendações para Prevenção de Infecções Hospitalares do Hospital Geral de Palmas - 2011-2013. Palmas- TO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Instruções de Trabalho de Enfermagem Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon , 2011.

47. RETIRADA DE PONTOS

1. OBJETIVO

Realizar a padronização para a retirada de pontos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

EPI - Equipamentos de Proteção Individual;

SF - Soro Fisiológico;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Pacote estéril de curativo com pinças;

Luvas de Procedimento;

Soro Fisiológico 0,9% 100 ml;

Gazes e ataduras estéreis, se necessário;

Lâmina estéril ou tesoura estéril;

Saco de lixo Branco.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Realizar desinfecção da bandeja;

Preparar a bandeja ou o carrinho de curativo com os materiais;

Orientar o paciente sobre o procedimento;

Lavar as mãos;

Calçar luvas de procedimento;

Retirar a parte externa do curativo;

Realize a limpeza da incisão cirúrgica unidirecional, com SF 0,9% e com o auxilio de pinças;

Com a pinça anatômica, segure a extremidade do fio, com a tesoura ou lâmina de bisturi, com a parte inferior do nó em apenas um lado do fio, mantendo o outro lado do fio, próximo ao nó, integro. Se necessário, ao puxar a extremidade do fio, se este apresentar-se muito aderido à pele, tracione-o para um lado de depois para o outro, com delicadeza, para que seja possivel visualizar com clareza o local de posicionamento da tesoura ou lâmina;

Coloque uma gaze próxima a incisão, para depositar os pontos retirados;

Após retirar todos os pontos, conte-os e verifique se todos estão integros (deverão apresentar 3 pontas cada, com um nó no centro). Caso algum apresente apenas duas pontas é certo que houve falha na extração do ponto e um pedaço do fio de sutura permanece na incisão. Caso esteja visivel tente retirá-lo, do contrário comunique ao médico plantonista e anote no prontuário;

Após o procedimento, realize um curativo oclusivo, somente se necessário.

Recolher o material e organizar a sala;

Registrar todo o procedimento no prontuário do paciente.

6. PERIODICIDADE

Quando prescrito pelo médico.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Antes de retirar os pontos, observar a presença ou não dos sinais de infecção;

Após a retirada de pontos, se a pele estiver bem integra, sem drenagem de exsudato, não será neces- sário curativo oclusivo. Caso contrario, realize a oclusão com gazes e atadura.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente.

10. REFERENCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universi- dade de São Paulo - São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

48. CURATIVO EM TRAQUEOSTOMIA

1. OBJETIVO

Promover a higiene e a integridade da traqueostomia, evitando também a infecção.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

EPI - Equipamentos de proteção individual;

SF - Soro Fisiológico;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI's: máscara, gorro, óculos;

Luvas estéreis;

Luvas de procedimento;

Soro fisiológico 0,9%;

Agulha 40 x 12 estéril;

Gazes estéreis;

Fita microporosa;

Saco de lixo branco.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Realizar desinfecção da bandeja;

Preparar a bandeja com os materiais;

Orientar o paciente sobre o procedimento;

Lavar as mãos;

Calçar as luvas de procedimento e retirar gazes em torno da TQT (traqueostomia);

Retirar as luvas de procedimento. Avaliar a traqueostomia e pele adjacente, verificando a presença ou não de sinais flogísticos, secreções, etc;

Organizar o material estéril;

Calçar luvas estéreis;

Limpar a região ao redor da TQT com gazes umedecidas com soro fisiológico 0,9%;

Observar, novamente, o aspecto da TQT, da pele adjacente e a presença e características da secreção;

Colocar gazes secas entre a cânula de TQT e a pele;

Trocar o cadarço se estiver sujo;

Retirar as luvas;

Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;

Desprezar o saco em lixo contaminado;

Lavar as mãos;

Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;

Trocar quando estiver molhado ou com sujidades.

7. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

8. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

9. REFERENCIAS

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011.

49. REALIZAÇÃO DE CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE INFECTADO

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica. Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A

4. MATERIAL UTILIZADO

1 Bandeja

100 ml Água destilada;

01 Máscara descartável;

Luvas de procedimento;

20 ml Clorexidine degermante 4%;

01 Caneta;

01 Seringa de 20 ml;

01 Agulha 30x08;

01 Algoritmo A05 – anexo 23;

01 Kit material para curativo estéril;

01 Fita microporosa hipoalergênica;

01 Curativo específico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Higienizar as mãos;

Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente.;

Idenficar - se para o paciente e/ou acompanhante;

Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;

Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

Colocar o avental descartável de mangas longas;

Colocar máscara descartável;

Calçar luvas de procedimento;

Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;

Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;

Retirar luvas de procedimento;

Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;

Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;

Aspirar água destilada na seringa de 20 ml;

Calçar luvas de procedimento;

Iniciar a limpeza da ferida com jatos de água destilada com a seringa de 20 ml e uma distância em torno de 10cm do leito da ferida;

Proceder a limpeza com clorexidine degermante 4%, lavando abundantemente com água destilada;

Continuar a limpeza de todo o restante da lesão, com o auxilio de uma pinça com gaze, utilizando a técnica asséptica;

Realizar a limpeza de fora para dentro e de cima para baixo, utilizando as duas faces da gaze sem voltar ao início da lesão;

Repetir a técnica o quanto necessário;

Secar as bordas da ferida com gazes;

Observar a lesão quanto ao tipo e quantidade de exsudato, ao esfacelo ou se está com necrose seca;

Seguir o algoritmo;

Desprezar o material utilizado em local próprio;

Deixar o paciente confortável no leito;

Retirar luvas de procedimento;

Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME do profissional que realizou o curativo;

Retirar máscara descartável;

Retirar avental descartável de mangas longas;

Higienizar as mãos;

Manter o ambiente em ordem;

Realizar as anotações no prontuário do paciente quando a grau da lesão, observações realizadas e produtos utilizados;

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;

Na ausência de clorexidina degermante, utilize PVPI degermante a 10%;

Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

LOUREIRO, M. D. R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Al- goritmo de prevenção, avaliação e tratamento. Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2015.

50. REALIZAÇÃO DE CURATIVO EM DRENO TUBULAR

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de sitio cirúrgico.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A

4. MATERIAL UTILIZADO

01 Bandeja;

20 ml Soro fisiológico(S.F.) 0,9%;

01 Máscara descartável;

Luvas de procedimento;

10 ml Solução alcoólica;

01 Caneta;

01 Kit material para curativo estéril;

01 Fita microporosa hipoalergênica.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Higienizar as mãos;

Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;

Idenficar-se para o paciente e/ou acompanhante;

Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;

Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

Colocar o avental descartável de mangas longas;

Colocar máscara descartável;

Calçar luvas de procedimento;

Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;

Manter o dreno desclampeado durante o procedimento;

Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;

Retirar luvas de procedimento;

Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;

Calçar luvas de procedimento;

Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;

Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;

Iniciar o curativo pelo sítio de inserção do dreno, com gaze estéril e S.F. 0,9% ampliando o campo e secá-lo com gazes;

Colocar 4 gazes abertas na parte inferior da incisão do dreno e 4 gazes abertas na parte superior da mesma;

Fixar as gazes com fita microporosa hipoalergênica;

Realizar assepsia da borracha do dreno até a conexão da extensão do frasco com gazes embebidas em solução alcoólica a 70%;

Deixar secar espontaneamente;

Proteger a pele do paciente com fita microporosa hipoalergênica e fixar, neste local, o dreno com esparadrapo;

Desprezar o material utilizado em local próprio;

Retirar luvas de procedimento;

Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional que realizou o curativo;

Deixar o paciente confortável no leito;

Retirar máscara descartável;

Retirar avental descartável de mangas longas;

Higienizar as mãos;

Manter o ambiente em ordem;

Realizar as anotações no prontuário do paciente;

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;

Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente san- guínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

51. ELETROCARDIOGRAMA

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para realização de ECG.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

ECG – Eletrocardiograma;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Pedido de ECG;

Eletrocardiógrafo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Solicitar o pedido de ECG e o cadastro junto á recepção, conferir os dados do paciente;

Lavar as mãos;

Explicar ao paciente o que irá ser feito;

Verificar se a área de colocação dos eletrodos está limpa e sem pelos;

Realizar a tricotomia nos locais de colocação dos eletrodos se necessário;

Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado;

Solicitar ao paciente que exponha o tórax, punhos e tornozelos;

Solicitar que o paciente retire relógio, correntes, chaves, celulares, etc.;

Cobrir o paciente para que o mesmo não fique totalmente exposto;

Orientar o paciente a deitar, evitar a movimentação, tossir ou conversa, enquanto o ECG está sendo registrado, a fim de evitar artefatos;

Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool 70%, das faces anteriores dos ante- braços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);

Colocar os eletrodos no tórax e nos membros conforme determinado, usando eletrodos auto-adesivos ou gel hidrossolúvel ou ainda, outro material de condução (conforme orientação do fabricante);

Iniciar o registro no eletrocardiógrafo;

Deve-se tomar um cuidado especial para evitar a troca na posição dos eletrodos, o que dificulta a interpretação do exame;

Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;

Retirar eletrodos;

Limpar o gel com papel toalha;

Finalizar o procedimento, deixando o paciente confortável.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a necessidade e após avaliação do médico ou enfermeiro.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

V1 no 4º espaço intercostal, á direita do esterno;

V2 no 4º espaço intercostal, á esquerda do esterno;

V3 no 5º espaço intercostal, entre v2 e v4;

V4 no 5º espaço intercostal, na linha médio - clavicular;

V5 no 6º espaço intercostal, na linha axilar anterior;

V6 na linha axilar média, no 5º espaço intercosta.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013, Pág 04

52. RETIRADA DE PONTOS COM CURATIVO

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para sala de procedimentos de enfermagem.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A

4. MATERIAL UTILIZADO

01 Pacote de curativo (2 pinças dente de rato e 1 kocher);

01 Cuba rim;

01 Frasco com soro fisiológico;

01 Frasco com povidine tópico;

Atadura de crepe se necessário;

Pomada se prescrito;

Luvas;

01 Esparadrapo ou micropore;

Gazes.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Realize a limpeza da incisão cirúrgica, obedecendo a técnica do curativo (do menos contaminado para o mais contaminado), descartando as gazes utilizadas, em lixo contaminado;

Umedeça os pontos com soro fisiológico e os seque;

Com a pinça anatômica, segure a extremidade do fio, com a tesoura ou lâmina de bisturi, com a parte inferior do nó em apenas um lado do fio, mantendo o outro lado do fio, próximo ao nó, integro; Se necessário, ao puxar a extremidade do fio, se este apresentar-se muito aderido à

pele, tracione-o para um lado de depois para o outro, com delicadeza, para que seja possível visualizar com clareza o local de posicionamento da tesoura ou lâmina;

Coloque uma gaze próxima a incisão, para depositar os pontos retirados;

Após retirar todos os pontos, conte-os e verifique se todos estão íntegros (deverão apresentar 3 pon- tas cada, com um nó no centro). Caso algum apresente apenas duas pontas é certo que houve falha na extração do ponto e um pedaço do fio de sutura permanece na incisão. Caso esteja visível tente retirá-lo, do contrário comunique á enfermeira e anote no prontuário;

Após o procedimento, faça a limpeza local com técnica asséptica;

Recolher o material e organizar a sala.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a necessidade e após avaliação do médico ou enfermeiro.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Téc. de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Enfermeiro e Téc. de Enfermagem.

10. REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014;

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

53. MONITORIZACÃO CARDÍACA

1. OBJETIVO

A monitorização cardíaca deve ser realizada rotineiramente em todo paciente durante a realização de procedimentos de diagnóstico, que requeiram anestésia ou monitorização cardíaca.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório de especialidades;

Recuperação pós-anestésica;

Serviço de Imagenológia.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A.

4. MATERIAL UTILIZADO

Monitor cardíaco completo ou oxímetro de pulso (RN ou crianças);

Eletrodos;

Pasta condutora;

Aparelho de tricotomia se necessário;

Papel higiênico ou lenço de papel para remover a pasta da pele do paciente.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Reunir o material;

Lavar as mãos;

Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado e a sua finalidade;

Ligar o cabo de força do monitor ou oxímetro à rede elétrica de acesso com a tensão da rede local;

Realizar tricotomia do local de adesão dos eletrodos, se necessário;

Se o cabo possuir três eletrodos, colocar no paciente na seguinte ordem:

1º disco (fio vermelho): IV espaço intercostal direito ao lado do osso esterno

2º disco (fio preto): IV espaço intercostal esquerdo ao lado do osso esterno

3º disco (fio amarelo): IV espaço intercostal na linha hemiclavicular

Se o cabo possuir 05 (cinco) eletrodos, colocar no paciente na seguinte ordem:

1ªº disco (fio vermelho) no lado direito do paciente, abaixo da clavícula e medial aos músculos peitorais.

2º disco (fio preto) no lado direito do paciente, ao nível da última costela palpável.

3º disco (fio amarelo) no lado esquerdo do paciente, abaixo da clavícula e medial aos músculos peitorais.

4º disco (fio verde) no lado esquerdo do paciente ao nível da última costela palpável

5º disco (fio marrom) na parte inferior da caixa torácica (próximo ao apêndice).

Conectar os do cabo do monitor nos discos conforme a cor especificada acima ou no caso do sensor do oximetro colocá-lo no dedo da mão ou do pé;

Ligar o aparelho acionando a chave ON/OFF;

Programar a derivação desejada, posicionar a chave de derivações;

Programar os alarmes de frequência máxima e frequência mínima, conforme o paciente;

Manter o paciente em ordem e confortável;

Lavar as mãos;

Anotar no prontuário;

Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem. 7ª ed.Porto Alegre: Artmed,2007.1592p. (somente para compra).

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Protocolo de monitorização cardiaca, disponivel em: http://www.portaldaenfermagem.com.br/protoco- los_read.asp?id=326

54. REANIMACÃO CARDÍACA

1. OBJETIVO

Diagnosticar Parada Cardiorrespiratória;

Organizar etapa básica e avançada do atendimento;

Capacidade de realizar ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com maior probabilidade de sobrevida.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório de especialidades;

Recuperação pós-anestésica;

Serviço de Imagenológia.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

PCR – Parada Cardiorrespiratória;

RCP - Ressuscitação Cardiopulmonar;

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Cardioversor/desfibrilador;

Gel;

Gazes;

Papel higiênico ou lenço de papel para remover o gel da pele;

Álcool a 70%;

MATERIAIS DO LEITO:

Ambú com máscara e reservatório;

Frasco de aspiração com látex;

Sonda para aspiração.

Umidificador com látex;

Carro de PCR contendo:

Tubo orotraqueal;Fio guia;

Laringoscópio e lâminas 3 e 4 curva e reta;

Seringa de 10 ml para insuflar cuff;

Seringas para medicações;

Fixador de TOT;

Medicações;

Prancha.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A frequência das compressões torácicas é de no mínimo 100 por minuto;

A frequência das compressões torácicas e ventilação são de 30:2 (VAS), após cada ciclo de 2 minutos, trocar o massagista e verificar o pulos (10 segundos) respiração, se não respira e não tem pulso, continuar o novo ciclo de massagem e ventilação;

No caso de Vias aéreas avançadas, as compressões não são alternadas com a ventilação, a ventilação é contínua, com frequência de 6 ou 8 segundos (cerca de 8 a 10 ventilações por minuto);

Manter o ambú com máscara e oxigênio a 100% com cerca de 12 litros/min;

Ajustar adequadamente a máscara na face do paciente;

O pulso deve ser verificado sempre na artéria carótida (adulto) ou femoral, do mesmo lado em que o reanimador se encontra;

O local das compressões se faz nos dois terços inferiores do esterno. Para colocar as mãos, achar gradeado costal e siga-o;

A mão (destra) fica por baixo da outra entrelaçando os dedos, mas nunca devem tocar o gradeado costal;

Manter os braços estendido e o ombros perpendiculares do tórax do paciente, comprimir de 4 a 5 cm, de maneira rítmica sendo metade compressão e metade descompressão. As mãos não devem ser retiradas do tórax para não se perder a posição correta;

A avaliação do ritmo cardíaco deve ser frequente e para um ritmo desfibrilável, (FA ou TV) a desfi- brilação dever ser tentada de imediato entre 120 J e 200 J;

Após o choque, retoma-se a RCP por 2 minutos, ou seja, 5 ciclos de 30:2;

Se o ritmo não for desfibrilável o choque não é indicado, mas a continuação da massagem cardíaca e ventilação deverão ser continuadas;

Administrar medicações conforme a solicitação do médico;

DOSE EV/IO de Epinefrina: 01mg a cada 3 à 5 minutos (após administração injetar 10 ml de água destilada na mesma via EV);

DOSE EV/IO de Amiodarona: Primeira dose – 300mg 100 ML 30 min.;

Segunda dose – 900mg em 24h diluição e vazão (ml/h) ACM;

Após preparo das medicações, deve ser guardados frascos e/ou ampolas para que após o procedi- mento forem prescritos pelo médico no prontuário do paciente;

O tempo de PCR e RCP devem ser marcados rigorosamente;

No caso de RCP com sucesso e necessidade de intubação orotraqueal, o material para intubação (TOT com cuff testado e fio guia) deverá estar preparado e ser entregue montado e testado para o médico que irá intubar assim que solicitado;

A monitorização cardiaca deverá ser avaliada constantemente;

Aspirar secreções se necessário e abrir sonda nasogástrica especialmente se houver conteúdo gástrico;

Auxiliar o médico no procedimento de intubação, conforme rotina de auxílio;Testar o posicionamento do tubo endotraqueal através da insuflação manual (ambú) dos pulmões, observando a expansão torácica enquanto o outro elemento segura o tubo endotraqueal;

Insuflar o cuff da cânula endotraqueal com auxilia de uma seringa;

Fixar a cânula endotraqueal com cadarço de acordo com a técnica correta;

Observar respiração, coloração das mucosas e extremidades;

Observar periodicamente as pupilas;

Instalar o respirador mecânico se necessário, após término da intubação;

Colher gasometria para avaliação dos parâmetros respiratórios, de preferência, antes de instalar o respirador

Manter paciente aquecido e deixa-lo em ordem e confortável;

Retirar as luvas;

Lavar as mãos;

Anotar no prontuário do paciente, horário da parada, tempo de reanimação e intercorrências ;

Recolher o material e deixar o carro de urgência em ordem e checar para pronto uso;

Providenciar para que seja passada uma sonda vesical de demora e uma SNG, caso o paciente necessite e ainda não tenha;

Manter o controle SSVV de modo rigoroso e contínuo ate que ocorra estabilização do quadro clínico;

Preparar a Administrar medicações conforme prescrição médica pós – PCR;

Manter avaliação cardiorrespiratória e neurológica contínua;

Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

01 Médico;

01 Fisioterapeuta;

01 Enfermeiro;

02 Técnico De Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

Diretrizes de 2010 da American Heart Association (AHA) para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e

Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE).

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

55. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULAR

1. OBJETIVO

Definir que a administração via intramuscular (IM) permite que você injete o medicamento diretamente no músculo em graus de profundidade variados. É usada para administrar suspensões aquosas e soluções oleo- sas, garantindo sua absorção em longo prazo. Toda medicação por via intramuscular deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais ambulatorial.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

IM - Intramuscular;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

01 Seringa de 3 mL ou 5 mL;

01 Agulha 40/12 para aspiração;

01 agulha 25/8 ou 30/8 para administração;

01 par de luvas de procedimento;

Algodão;

Álcool;

Medicação a ser aspirada.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Verificar a prescrição médica;

Higienizar as mãos antes do procedimento;

Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);

Disponibilizar uma bandeja contendo os seguintes itens:

01 par de luvas de procedimento;

Seringa de 3 ou 5 mL;

Agulha para aspiração da medicação 40/12;

Agulha para administração 25/8 ou 30/8;

Bolas de algodão;

Álcool a 70%.

Preparar o medicamento;

Orientar o paciente/cliente quanto ao procedimento;

Calçar as luvas de procedimento;

Deixar o paciente/cliente em posição confortável, escolher o local para aplicação, se possível permi- tir que o paciente/cliente faça a escolha com você, deixe a área de aplicação relaxa;

Fazer a antissepsia do local com álcool a 70%;

Com a sua mão dominante, segure firmemente o músculo para aplicação da injeção;

Realizar aplicação no músculo sempre com o bisel lateralizado, introduzir a agulha em um ângulo de 90º;

Realizar aspiração, sendo recomendado após a introdução da agulha, certificando-se que não houve punção do vaso sanguíneo. Caso tenha ocorrido, deve ser interrompida a aplicação, desprezando o medicamento, e novamente preparando e aplicando;

Realizar a aplicação do medicamento após a aspiração local;

Introduzir lentamente o medicamento, observando possíveis reações locais e gerais do paciente;

Pegar o algodão embebido em álcool e colocá-lo na pele acima da agulha;

Retirar a agulha segurando pelo canhão com um movimento rápido e único;

Fazer ligeira compressão no local com algodão;

Retire as luvas de procedimento;

Descarte o material, seguindo as precauções padrão;

Higienizar as mãos antes do procedimento;

Proceda à anotação de enfermagem, descrevendo o local da aplicação, para se fazer rodízio na pró- xima aplicação, constando a assinatura e identificação profissional.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

O profissional deverá realizar uma avaliação da área a ser administrada, estando atento quanto a quantidade a ser administrada em cada músculo (Deltóide volume máximo de 2 mL, região glútea e o vasto lateral da coxa até 5 mL) esse volume dependerá da massa muscular do cliente;

A via de 1° escolha é o vasto lateral, depois glúteo e por fim deltóide, exceto em vacinas;

Realizar plano de rodízio do local de administração IM.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06- 2018.

Manual do Técnico e Auxiliar de Enfermagem / Organizadores: Gilberto Tadeu Reis da Silva e Sandra Regina I. do P. Tadelli da Silva / São Paulo: Martinari, 2014.

BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

DALMONI, I.S., et al. Injeções intramusculares ventro-glúteas e a utilização pelos profissionais de enfermagem. In: Revista Enfermagem UFSM, mai/ago, 3 (2): 259- 265. 2013.

HORTA,W.A;TEIXEIRA, M. de S. Injeções Parenterais. In: Revista da Escola de Enfermagem USP. 7(1): 46-79.1973.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Prefeitura Municipal de Campinas/SP, 2009.

POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem. 2013.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 20/2009. Aplicação de injeção intramuscular em pacientes com silicone em glúteo, 2009.

56. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA

1. OBJETIVO

Toda medicação por via endovenosa deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica. A administração endovenosa ou intravenosa é efetuada introduzindo-se o medicamento diretamente por uma veia, na corrente sanguínea. São indicados para punções periféricas. Podem permanecer na veia por até 72 horas.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

VE - Via Endovenosa;

N/A - Não se aplica.

3.MATERIAL UTILIZADO

Seringa de acordo com o volume;

Agulhas;

Algodão com álcool 70%;

Fita crepe;

Bandeja;

Garrote;

Luvas de procedimento;

Esparadrapo o micropore (para nova punção venosa s/n);

Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Reunir o material;

Lavar as mãos;

Checar os 13 certos para administração de medicamentos (Prescrição certa; Paciente certo; Validade Certa; Forma/Apresentação certa; Dose certa; Compatibilidade certa; Orientação ao paciente; Via de administração certa; Horário certo; Tempo de Administração certo; Ação certa; Registro certo);

Preparar a medicação conforme técnica asséptica, trocar as agulhas;

Anotar nome, horário, leito, e dosagem, em uma fita adesiva e colar na seringa;

Identificar o paciente pelo nome e leito;

Colocar a bandeja na mesa do paciente;

Garrote;

Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e a ação do medicamento, quando for a primeira vez que o paciente faz uso;

Calçar as luvas

Observar se o acesso venoso não está obstruído, ou com sinais de infecção;

Administrar lentamente a medicação;

Observar as reações do paciente e reação do local da aplicação;

Salinizar o acesso venoso;

Fechar o sistema;

Deixar o paciente em ordem;

Retirar as luvas;

Lavar as mãos;

Checar na prescrição médica;

Supervisionar o procedimento.

5. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

6. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Após a administração de a medicação fechar o sistema com o adaptador estéril ou utilizar o mesmo se este não estiver contaminado;

A troca do extensor e torneirinha ocorrerá a cada 72 horas;

Após o banho a fixação do acesso venoso deverá ser trocada realizando-se a antissepsia do local com algodão e álcool a 70%. Esta medida é extremamente necessária para evitar que a cola da fixação juntamente com a umidade não propiciem um meio favorável ao desenvolvimento de microrganismos patógenos e a consequente infecção local;

Nesta oportunidade deve-se observar o acesso venoso e possíveis sinais flogísticos (dor, calor, rubor);

Toda a medicação ao ser administrada via endovenosa, deverá ser diluída conforme tabela de diluições de medicamentos.

7. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

8. REGISTRO(S)

N/A.

9. REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Aces- so:21-06-2018.

NÉRI, E.D.R., et al. Protocolos de preparo e administração de medicamentos: Pulsoterapia e Hospital Dia. Universidade Federal do Ceará, Hospital Walter Cantídio. Fortaleza/CE, 2008.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem. 2013.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 14/2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

57. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA

1. OBJETIVO

Administrar testes cutâneo de alergia ou prova tuberculínica;

A administração de medicação por intradérmica (ID) de medicações é empregada, sobretudo para fins diagnósticos, quando se testam alergias ou reação para tuberculose;

Essa via resulta em pouca absorção sistêmica produz efeito principalmente local.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

ID – Intradérmica;

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

01 Seringa de 1ml;

02 Agulhas 1,20x25 (18G), 10x5 ou 13x4,5 uma para aspirar e outra para administrar;

01 par de luvas de procedimento;

Algodão;

Álcool;

Medicação a ser aspirada.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Verificar a prescrição médica;

Higienizar as mãos antes do procedimento;

Checar os 13 certos para administração de medicamentos (Prescrição certa; Paciente certo; Validade Certa; Forma/Apresentação certa; Dose certa; Compatibilidade certa; Orientação ao paciente; Via de administração certa; Horário certo; Tempo de Administração certo; Ação certa; Registro certo);

Disponibilizar uma bandeja contendo os seguintes itens:

01 par de luvas de procedimento;

Seringa de 1ml = 100UI;

Agulha para aspiração da medicação 13/4,5 ou 13/4,0;

Bolas de algodão;

Álcool a 70% - para fazer a assepsia da bandeja.

Preparar o medicamento;

Orientar o paciente/cliente quanto ao procedimento;

Higienizar o local com água e sabão neutro;

Calçar as luvas de procedimento;

Escolher local de fácil visualização, como a região anterior do antebraço, livre de vasos sanguíneos. Para testes de alergia pode ser utilizada a região dorsal;

Realizar aplicação no ângulo de 10 a 15º, introduza em torno de 3 mm da agulha, não realize aspira- ção, aplique o medicamento de forma lenta e suave, observando a formação da pápula;

Caso seja um teste, faça uma demarcação da área para futura avaliação;

Descarte o material, seguindo a precaução padrão;

Higienizar as mãos conforme Manual CCIH 2011-2013 pág. 04 antes do procedimento;

Proceder à anotação de enfermagem constando assinatura e identificação profissional.

Cabe ao enfermeiro responsável pelo posto supervisionar a preparação e a administração da medicação.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A antissepsia com álcool a 70% foi abolida neste procedimento para evitar possíveis reações alér- gicas entre o antisséptico e o produto injetado, assim como o mascaramento da reação esperada nos testes de sensibilidade;

Não se faz também a aspiração, pois, na derme, não há risco de se atingir algum vaso sanguíneo;

Observar o paciente por alguns minutos após a aplicação quando o teste for de sensibilidade;

Ao realizar a técnica de aplicação, deve-se certificar de não injetar o medicamento profundo, evitan- do iatrogenia na administração ID. O máximo de volume indicado para essa via é de 0,1 até 0,5 mL.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponivel em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Aces- so:21-06-2018.

Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem/ Cláudia Zimaro C. Caiola -Laboratório Municipal de Campinas - POP 31 (Revisão do POP Fluxo de Coleta de Exames Laboratoriais).

Vinicius Parreira - Auxiliar Administrativo Distrito de Saúde Noroeste - POP 62 (Fluxo de Transferência de Prontuário). Jesilaine O.S. Coelho - Enfermeira CS Rossin - Distrito de Saúde Noroeste - POP Admi- nistração Medicamento ID, POP Administração Medicamentos IM, POP transferência de prontuário. SMS Campinas, 2016, versão nº 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Capacitação de pessoal em sala de vacinação - manual do treinando. Org. Coordenação do Programa Nacional de Imunizações. 2ª ed. - Brasília (DF). Fundação Nacional de Saúde, 2001.

GIOVANI, A. M. M. Enfermagem cálculo e administração de medicamentos. São Paulo, SP: Scrinium; 2006.

PREFEITURA MUNICPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Roti-

nas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem. 2013. SÃO PAULO.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 14/2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. 2010.

58. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA NASAL

1. OBJETIVO

Padronizar condutas relacionadas a toda medicação por via nasal deve ser administrada instilando a solução na mucosa nasal mediante e de acordo com prescrição médica;

Melhorar a segurança do paciente minimizando eventos adversos na administração de medicamentos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

VN - Via Nasal;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Medicação prescrita (frasco conta- gotas);

Gazes;

Bandeja;

Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Checar os 13 certos para administração de medicamentos (Prescrição certa; Paciente certo; Validade Certa; Forma/Apresentação certa; Dose certa; Compatibilidade certa; Orientação ao paciente; Via de administração certa; Horário certo; Tempo de Administração certo; Ação certa; Registro certo);

Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;

Identificar o paciente pelo nome e leito;

Abrir o frasco de medicação e aspirar o conteúdo necessário;

Segurar o conta-gotas pelo bulbo, evitando que a solução entre neste;

Colocar o paciente em decúbito dorsal ou sentado com a cabeça inclinada para trás;

Instilar diretamente no fundo da cavidade nasal;

Limpar o excesso de medicamento com gaze;

Solicitar ao paciente que permaneça alguns minutos em decúbito dorsal;

Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec) deve-se solicitar ao paciente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada;

Recolocar o conta-gotas no frasco;

Retirar as luvas e lavar as mãos;

Comunicar ao enfermeiro;

Aspectos relacionados à recusa, reações do paciente, dor, presença de secreção, sangramento etc.;

Realizar a dupla checagem, sendo, uma na prescrição médica e a outra registrando a anotação;

Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A luva de procedimento deverá ser usada como proteção para o colaborador, uma vez este entrará em contato com a mucosa e secreção nasal do paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

WILLIAMS, L. & WILLIAMS. Enfermagem Médica e Hospitalar (título original: Nurse's pocjet compa- nion). Tradução Renato Lamounier Barbieri, Tânia Regina Micele – 1 ed. São Paulo: Editora Rideel, 2006.

PREFEITURA MUNICPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012. SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem. 2013;

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06- 2018.

59. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR

1. OBJETIVO

Toda medicação por via ocular deve ser administrada no saco conjuntival mediante e de acordo com prescrição médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

Via Ocular;

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Medicação prescrita (frasco com conta-gotas), tubos com cremes ou pomadas;

Gazes;

Algodão para higiene;

Luvas de procedimento;

Soro Fisiológico s/n (para limpeza prévia).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Verificar pela prescrição médica a data, horário, nome, leito e dosagem da medicação;

Checar os 13 certos para administração de medicamentos (Prescrição certa; Paciente certo; Validade Certa; Forma/Apresentação certa; Dose certa; Compatibilidade certa; Orientação ao paciente; Via de administração certa; Horário certo; Tempo de Administração certo; Ação certa; Registro certo);

Identificar o paciente pelo nome e leito;

Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente ou ao acompanhante;

Oferecer a gaze ao paciente;

Colocar o paciente deitado ou sentado com a cabeça inclinada para trás;

Realizar higiene ocular, com algodão embebido em soro, das pálpebras e dos cílios s/n, utilizando luva de procedimento;

Exponha a conjuntiva inferior, abaixando a pálpebra e exercendo força para baixo com gazes;

Solicitar ao paciente que olhe para cima;

Instilar o medicamento no centro do saco conjuntivo;

Solicitar ao paciente que feche as pálpebras e mova os olhos, permitindo a dispersão do medicamen- to pelas superfícies conjuntivas;

Enxugar o excesso do medicamento com gazes, de dentro para fora;

Fechar o frasco de medicamento;

Observar as reações do paciente;

Deixar o paciente confortável;

Lavar as mãos;

Checar na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem;

Supervisionar os procedimentos.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

As luvas de procedimento deverão ser usadas para proteção do colaborador avaliando-se a necessidade frente à presença de secreção ocular ou processo infeccioso;

No caso de aplicação de pomadas ou cremes depositá-los ao longo da extensão do saco conjuntiva;

Lembre-se sempre de evitar o risco de contaminação do conta-gotas ou bico do tubo da pomada na mucosa ocular.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Dis- ponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso:21-06-2018.

60. ADMINISTRACÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL

1. OBJETIVO

Toda medicação por via oral deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica e consentimento do paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

VO - Via Oral;

N/A: Não se aplica.

MATERIAL UTILIZADO

Medicação prescrita;

Copinho ou seringa (criança);

Bandeja;

Fita crepe;

Luva de procedimento (se necessário).

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Checar os 13 certos para administração de medicamentos (Prescrição certa; Paciente certo; Validade Certa; Forma/Apresentação certa; Dose certa; Compatibilidade certa; Orientação ao paciente; Via de administração certa; Horário certo; Tempo de Administração certo; Ação certa; Registro certo);

Verificar pela prescrição médica a data, horário, nome, leito e dosagem da medicação;

Anotar em uma fita adesiva, o nome, leito, dosagem e horário da medicação;

Colocar a medicação em um copinho descartável e identificar com a fita adesiva;

Identificar o paciente pelo nome e leito;

Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;

Observar as condições de deglutição do medicamento e colocar o paciente em posição favorável;

Drágeas ou cápsulas: orientar o paciente a não mastigar o medicamento e evitar consumir outros líquidos durante a absorção, Medicamento sublingual: pedir ao paciente que mantenha o medicamento sob a língua, não mastigando ou engolindo, Medicamento bucal (de absorção em mucosa da bochecha): orientar o paciente a alternar as bochechas para evitar a irritação da mucosa;

Administrar a medicação sem tocá-la diretamente comas mãos, oferecendo água, em casos de crian- ça e medicação em solução administrar com seringa empurrando o êmbolo vagarosamente;

Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja deglutida;

Lavar as mãos;

Checar na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem;

Supervisionar o procedimento.

5. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

6. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Paciente em uso de SNG, a mesma deverá ser testada antes da administração do medicamento.

7. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

8. REGISTRO(S)

N/A.

9. REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponivel em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Aces- so:21-06-2018.

BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

KOCH. R.M. et. AL. Técnicas básicas de enfermagem. 22º edição. Curitiba. Século XX, Livros, 2004.POTTER P.A.PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem. 2013.

61. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA

1. OBJETIVO

Toda medicação por via subcutânea deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição Médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores ambulatorial.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

VS - Via Subcutânea;

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Agulha 13 x 4.5 e 40x 12;

Seringa;

Algodão embebido em álcool 70%;

Medicação prescrita;

Bandeja;

Fita crepe e luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Checar os 13 certos para administração de medicamentos (Prescrição certa; Paciente certo; Validade Certa; Forma/Apresentação certa; Dose certa; Compatibilidade certa; Orientação ao paciente; Via de administração certa; Horário certo; Tempo de Administração certo; Ação certa; Registro certo);

Preparar o medicamento conforme técnica asséptica, trocar as agulhas;

Anote em uma fita adesiva o nome do paciente, número do leito, dosagem, e horário, na seringa de medicamento;

Levar a medicação até o quarto do paciente dentro de uma bandeja;

Identificar o paciente pelo nome e leito;

Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao seu acompanhante

Escolher o local de aplicação e colocar o paciente em posição adequada

Colocar a luva de procedimento;

Fazer a antissepsia da pele;

Com o polegar e indicador, fazer uma prega cutânea e introduzir rapidamente a agulha em um ângulo de 90º em relação à pele;

Aspirar para verificar se não atingiu nenhum vaso sanguíneo;

Injetar o líquido;

Retirar a agulha num movimento único e pressionar o local com algodão;

Deixar o paciente e o quarto em ordem;

Desprezar a agulha e a seringa no coletor de material perfuro - cortante;

Retirar as luvas;

Lavar as mãos;

Checar na prescrição médica;

Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Aces- so:21-06-2018.

62. ADMINISTRACÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL

1. OBJETIVO

Toda a medicação por via sublingual deve ser administrada sob a língua mediante e de acordo com a prescrição médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

VS - Via Sublingual;

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Medicação prescrita;

Copo pequeno descartável;

Fita adesiva;

Bandeja;

Agulha 40x12 s/n;

Luvas de procedimento s/n.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos;

Checar os 13 certos para administração de medicamentos (Prescrição certa; Paciente certo; Validade Certa; Forma/Apresentação certa; Dose certa; Compatibilidade certa; Orientação ao paciente; Via de administração certa; Horário certo; Tempo de Administração certo; Ação certa; Registro certo);

Anotar em uma fita adesiva, o nome, leito, dosagem e horário da medicação;

Colocar a medicação em um copinho descartável e identificar com a fita adesiva;

Identificar o paciente pelo nome e leito;

Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;

Colocar a medicação debaixo da lingua do paciente;

Orientar o paciente para que não engula a medicação;

Observar as reações da medicação;

Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja dissolvida;

Lavar as mãos;

Checar na prescrição médica e anotando qualquer intercorrência;

Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A luva de procedimento deverá ser usada como proteção para o colaborador, uma vez este entrará em contato com a mucosa e secreção nasal do paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponivel em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Aces- so:21-06-2018.

63. PUNÇÃO VENOSA

1. OBJETIVO

A introdução de um cateter intravenoso em um vaso periférico, por meio de punção percutânea.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

AVP - Acesso Venoso Periférico;

AC - Acesso Central;

SF 0,9% - Solução Fisiológica 0.9%;

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Cateter venoso (nº de acordo com o paciente): escalpe (Butterfly) ou cateter radiopaco(Abocath /Jelco);

Algodão embebido em álcool a 70%;

Dispositivo para mais de uma conexão de equipo (Polifix);

Equipo ;

Garrote;

Seringa com SF 0,9% ou solução prescrita;

Esparadrapo ou micropore;

Bandeja;

Luva de procedimento;

Tala ou atadura para imobilização (se necessário).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Reunir o material;

Lavar as mãos;

Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e finalidade;

Em caso de soroterapia:

Preencher o rótulo com o nome do paciente, nº do leito, volume da solução, tempo de gotejamento ou nº de gotas e o nome do profissional responsável pelo preparo, com caneta de cor adequada ao turno de trabalho; Preencher o equipo e a conexão de duas vias com a solução para a retirada do ar e pinçar.

Aproximar o suporte de soro ao lado da cama do paciente, preferencialmente do lado a ser puncionado;

Reunir a solução e o restante do material em uma bandeja e levar próximo ao leito;

Calçar as luvas de procedimento;

Escolher a veia através da palpação e inspeção do trajeto da mesma (dê preferência a dos MMSS, evitando as dobras cutâneas);

Fixar o garrote acima da região escolhida;

Solicitar que o paciente feche a mão;

Fazer antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%.;

Puncionar a veia aproximadamente 1 cm abaixo do local onde a mesma deverá ser alcançada e com um ângulo de 15º entre a seringa e o local;

Retirar o garrote e observar o retorno de sangue;

Solicitar que o paciente abra a mão;

Colocar o dispositivo para conexão de mais de um equipo de soro;

Injetar SF 0,9% ou instalar solução prescrita;

Fixar com esparadrapo ou micropore o cateter intravenoso, datar e assinar ou retira-lo caso seja uma aplicação única;

Retirar as luvas;

Lavar as mãos;

Anotar no prontuário;

Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito e/ou para administração de soluções endovenosas.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A utilização do Polifix deverá se restringir apenas aos pacientes que possuirem prescrição médica de medicamentos a serem administrados por via endovenosa;

Na punção venosa em RN, lactentes e crianças utilizar talas protegidas para imobilização do mem- bro puncionado;

Não infundir soluções causadoras de flebite, em acesso periféricos (concentrações altas de potássio, glicose hipertônica a 50% em grandes quantidades, etc.);

Todo soro veiculado por equipo ou bureta (microfix) deverá ser identificado e a troca do sistema deverá ocorrer a cada 72 horas;

Todo soro instalado deverá ser identificado com o nome do paciente, volume do soro e seus com- ponentes, data de instalação, hora de início, nome de quem preparou, número do leito e velocidade de gotejamento;

Só administrar infusões límpidas, sem turvações;

Equipo para Hemoderivados deverá ser especial (filtro) e desprezado após o uso;

Contra indicações para punção venosa relacionadas ao local de mastectomia, fistula arterio-venosa, linfoedema, déficit motor e sensitivo, locais com leses cutâneas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª edição Rio de Janeiro: Elsevier, 2013

64. COLOCACÃO DE LUVAS ESTÉREIS

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de colocação de luvas estéreis a toda equipe assistencial.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A

4. MATERIAL UTILIZADO

Luvas estéreis.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Após realizar a lavagem correta das mãos, abra o pacote de luva;

Segure nas abas e abra os dois lados que revestem as luvas;

Com sua mão não dominante, segure a luva pela face interna da luva;

Introduza os dedos da mão dominante, procurando ajustar os dedos internamente;

Após esta etapa, introduza até que sua mão entre completamente na luva, sempre segurando a pelaface interna da luva;

Introduza os dedos da mão dominante, calmamente, procurando ajustar os dedos internamente;

Introduza até que sua mão entre completamente na luva, sempre segurando-a pela face interna da luva;

Lembre-se, que agora estamos com uma luva estéril na mão dominante, e não podemos tocar em lugares que não sejam estéreis, seja eles a nossa pele, superficies ou objetos ao nosso redor;

Com a mão dominante (enluvada), segure a outra luva pela face externa;

Sempre segurando pela dobra do punho da luva, introduza calmamente sua mão esquerda (não do- minante), na luva, semelhante ao realizado na primeira luva, mas agora, com a cautela de não tocar com a luva na pela da mão esquerda ou em locais não estéreis;

Siga esta etapa, até introduzir toda a mão esquerda na luva;

Antes da retirada de luvas, eleja a mão mais contaminada para ser retirado primeiro, a fim de di- minuir o risco de contaminação durante o procedimento com os dedos da mão mais contaminada;

Cuidado para não tocar a pele e respingar o conteúdo da luva com movimentos bruscos;

Após retirar a luva da mão mais contaminada, deixe-a dentro da outra mão, e com a mão sem luva, retirar a outra luva com um só movimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Todos os profissionais assistenciais durante procedimentos estéreis. .

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 8º edição.

65. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

1. OBJETIVO

Remover ou reduzir os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propicia à permanência e à proliferação de microrganismos evitando sua disseminação.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais e administrativos

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A

4. MATERIAL UTILIZADO

Água corrente;

Sabão líquido neutro;

Papel toalha;

Cesto de lixo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Inspecionar as mãos quanto a sujidade visível;

Retirar joias e bijuterias;

Abrir a torneira (com cotovelo), evitando encostar-se a pia;

Molhar as mãos;

Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir toda a superfície das mãos;

Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si vigorosamente por 15 segundos;

Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;

Unir as palmas das mãos entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;

Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com mo- vimento de vai-e-vem, e vice-versa;

Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa;

Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa;

Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular, e vice-versa;

Manter as mãos em forma de concha e na posição vertical e enxaguá-las, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;

Secar as mãos com papel toalha descartáveis, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha para fechá-la.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;

Após contato com artigos ou em proximidade com o paciente, contaminados com matéria orgânica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

POTTER,P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 8º edição.

66.TRANSPORTE INTRA-AMBULATORIAL DE PACIENTES

1. OBJETIVO

Transportar pacientes internamente com segurança.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório, Tomografia, Colonoscópia, Endodoscópia.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A

4. MATERIAL UTILIZADO

Materiais conforme o estado do paciente: Monitor multiparâmetros, Esfigmomanômetro, termôme- tro, estetoscópio, etc;

De acordo com as necessidades do paciente, tais como: oxímetro; monitor multiparâmetros ambú,bala de oxigênio, dentre outros;

Maca ou cadeira de rodas, Prontuário do paciente, Telefone, Maca ou cadeira de rodas, Prontuário, caneta, carimbo;

Maca ou cadeira de rodas, compressa e álcool 70%;

Equipamentos, álcool 70%.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Avaliar paciente a ser transportado: Avaliar estado geral do paciente a ser transportado e suas neces- sidades durante o transporte conforme resolução COFEN 376/2011;

Definir equipe de transporte do paciente: De acordo com o nível de complexidade da assistência requerida pelo paciente para o transporte, definir a equipe ideal para transporte do mesmo de acordo com a Resolução COFEN n 376/2011;

Solicitar auxílio da equipe multiprofissional: Solicitar, caso seja necessário, o acompanhamento de algum membro da equipe multiprofissional, como médico, fisioterapeuta e outros;

Providenciar equipamentos necessários para o transporte: Providenciar, de acordo com as necessidades observadas pelo enfermeiro que avaliou o paciente, o material necessário de suporte e/ou monitorização do paciente durante o transporte;

Definir Meio de transporte do paciente: Definir, de acordo com as necessidades do paciente e suas condições clínica e física, o melhor meio de transporte, maca ou cadeira de rodas;

Providenciar o meio de transporte do paciente: De acordo com as condições do paciente (Clínica e Física) e suas necessidades observadas pelo enfermeiro que avaliou o paciente;

Providenciar prontuário: Providenciar o prontuário do paciente para acompanhá-lo durante o transporte, caso seja necessário, conforme o enfermeiro que avaliou o paciente;

Comunicar com enfermeiro do setor de destino: Comunicar ao enfermeiro do setor de destino a par- tida do paciente, estado geral e necessidades na chegada para que sejam providenciadas;

Empurrar a Maca ou cadeira de Rodas: Empurrar a Maca ou cadeira de rodas até o setor para onde o paciente será levado, desviando de obstáculos e cuidando para que não ocorram batidas da maca ou cadeira de rodas nos mesmos;

Acompanhar o transporte do paciente: Acompanhar o transporte do paciente, lado a lado, observando-o durante o transporte, avaliando suas condições e/ou alterações durante o transporte, prestando os cuidados necessários e solicitando auxílio se necessário;

Anotar no prontuário: Anotar no prontuário do paciente o transporte realizado, condições em que foi feito, estado do paciente, alterações observadas e condutas. Identificar nas anotações equipe de transporte;

Trazer Meio de Transporte e equipamentos pesados de volta ao setor de origem: Trazer a maca ou cadeira de rodas de volta ao setor de origem limpá-la com álcool e guardá-la. Trazer bala de O2 e demais equipamentos pesados ao setor de origem e guardá-los.

Trazer demais equipamentos leves de volta ao setor de origem: Trazer monitores e demais equipa- mentos utilizados somente no transporte de volta ao setor de origem, realizar desinfecção com álcool 70% e guardá-los em seus lugares.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem, Enfermeiro, Maqueiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). PORTARIA N.529 DE 1 ABRIL DE 2013 INSTITUI O PROGRA- MA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP) [ONLINE]. BRASÍLIA (DF): MS; 2013 [ACESSO 2013 JUN 1]. DISPONÍVEL EM: HTTP:// BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/ GM/2013/ PRT0529_01_04_2013.HTML.

PEREIRA JÚNIOR GA, NUNES TL, BASILE-FILHO A. TRANSPORTE INTRAHOSPITALAR DO PACIENTE CRÍTICO. MEDICINA. 2007 OU-DEZ; 40(4):500-8.

67. ALTA

1. OBJETIVO

Garantir que a alta de pacientes ocorra de forma completa e que assegure aos pacientes e familiares em tratamento ambulatorial, todas as orientações necessárias para continuidade de cuidados após alta.

2. APLICABILIDADE

Tomografia, Colonoscópia, Endodoscópia.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

MV – Movimentação de Pacientes;

N/A : Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Livro de Registro dos Enfermeiros da Unidade;

Pulseirinha de identificação;

Formulário alto responsável;

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro

Alta ambulatorial:

Confirmar em prontuário a alta ambulatorial prescrita pelo médico, antes de se efetuar qualquer tipo de encaminhamentos;

Realizar exame físico simples para orientações de alta, confirmando as condições de alta tanto para equipe, quanto no relatório de enfermagem;

Informar ao paciente e/ou aos familiares, as orientações relativas aos cuidados pessoais, horário de medicações (quando necessário), encaminhamentos e retornos (quando indicados);

Certificar-se de que todas as orientações de cuidados foram assimiladas pelo paciente e/ou familiares.

Técnico de enfermagem

Observar dispositivos:

Retirar venóclise;

Preparar sondas, drenos, curativos se houver;

Anotar no prontuário a hora da saída de alta, registrando também no livro da unidade;

Registrar em prontuário dados sobre a alta do paciente, solicitando que o paciente ou responsável o assine;

Retornar a pulseira ao setor, fixando-a no prontuário.

Enfermeiro

Preencher e encaminhar formulário de Movimentação de paciente:

Enviar formulário de Movimentação de paciente à Recepção;

Checar preenchimento de alta responsável;

Integrar ao documento entregue ao serviço social.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Seguir check-list de organização de documentos para alta, seguindo a especificidade de cada setor

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

Manual de Normas e Rotinas assistenciais dos Serviços de Enfermagem dos Hospitais Públicos do Tocantins;

Lista de Endereços das UBS; Lembrança da maternidade; Caderneta da Criança; DNV.

68. CUIDADOS NA TROCA DE DISPOSITIVOS DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

1. OBJETIVO

Reduzir incidência de flebite, perda de acesso e infecção associada à assistência a saúde.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores assistêncial.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A

4. MATERIAL UTILIZADO

Prontuário do paciente;

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro:

Seleção do cateter e sítio de inserção

Confirmar o tipo de tratamento medicamentoso que o paciente irá receber;

Selecionar o cateter periférico com base no objetivo pretendido, na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições de acesso venoso;

Cateteres com menor calibre causam menos flebite mecânica, química e menor obstrução do fluxo sanguíneo dentro do vaso;

Em adultos, as veias de escolha para canulação periférica são as das superfícies dorsais e ventrais dos antebraços;

Para pacientes pediátricos, selecione o vaso com maior probabilidade de duração de toda a terapia prescrita, considerando as veias da mão, do antebraço e braço (região abaixo da axila). Evite a área anticubital;

Considerar a preferência do paciente para a seleção do membro para inserção do cateter, incluindo a recomendação de utilizar sitios no membro não dominante.

Enfermeiro/Técnico de enfermagem:

Realizar anti-sepsia:

Utilizar álcool a 70%, exceto em neonatos, nos quais se recomenda o uso de clorexidina degermante a 2% ou alcoólica a 0,5%;

Não palpar o sítio de inserção após a anti-sepsia da pele;

Utilizar luvas de procedimento nas punções periféricas simples.

Trocar cateter:

Em caso de obstrução;

Quando houver sinais de flebite no sítio de inserção;

Retirar o cateter tão logo não seja mais necessário;

Inspecionar diariamente o sítio de inserção e REGISTRAR a observação.

Trocar o curativo:

Trocar o curativo sempre que apresentar sujo, molhado, solto, com má aparência ou quando necessária a visualização;

Usar curativo de gaze ou curativo transparente semipermeável;

IDENTIFICAR o curativo: data, horário, nome do profissional responsável.

Trocar dispositivos

Trocar o sistema de infusão (cateter periférico, equipo macrogotas, microgotas e adaptadores) – 96 horas;

Trocar equipo para hemoderivados em 4 horas do início da transfusão, e sempre a cada unidade transfundida.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

O cateter periférico instalado em situação de emergência com comprometimento da técnica asséptica deve ser trocado tão logo seja possível;

Lavar as mãos antes e após o contato com o curativo ou dispositivo intravascular;

Conforme a complexidade do procedimento solicitar auxilio de outro membro da equipe de enfermagem.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistência a Saúde- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – 2017.

69. PRECAUÇÃO DE CONTATO - BÁSICA

1. OBJETIVO

Controlar a disseminação das bactérias multirresistentes e outros agentes infecciosos transmitidos, sobre- tudo pelo contato. Aplicado na Realização de Procedimentos de Rotina: punções, administração de medi- camentos, cuidados em geral.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de assistêncial.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

MS - Ministério da Saúde;

IA - Incubadora Aquecida;

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Prontuário do paciente.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Evitar o contato desnecessário com o paciente;

Realizar higienização simples das mãos e antebraços com água e sabão antes e após examinar ou prestar cuidados a cada paciente;

Realizar a manutenção dos dispositivos invasivos (polifix, jelco salinizado, torneirinhas e equipo em geral) devemos realizar anti-sepsia com álcool a 70%;

Acomodar as "tampinhas" em capa protetora, no caso a capa da seringa, evitando o contato com as superficies da unidade do paciente;

Usar luvas de procedimento quando houver possibilidade de contato com sangue, secreções, excre- ções, pele não-integra, mucosas ou artigos contaminados;

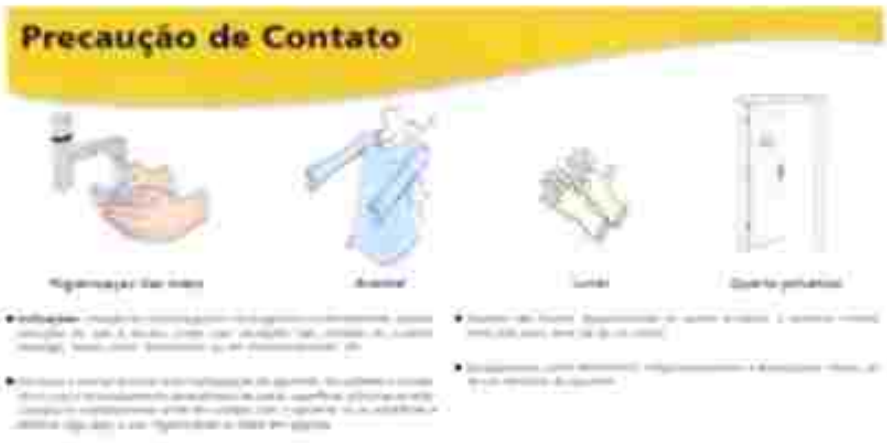
Usar avental (capote de mangas compridas), durante procedimentos que possam sujar o uniforme ou o antebraço, por meio do contato ou respingo de líquidos orgânicos;

Usar artigos exclusivos especialmente nos casos de Recém Nascidos - estetoscópio, termômetro, fita métrica, em caso de adultos, desinfetá-los após cada uso com álcool a 70%;

Atentar para anti-sepsia do manguito do esfigmomanômetro com álcool a 70%.

Quando não houver condições de quarto privativo manter leitos com distancia de 1 metro entre eles;

Importante a identificação da precaução como abaixo.



6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Todo procedimento deve ser relatado em prontuário;

8. RESPONSÁVEL(S)

Toda equipe assistencial

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistêmcia a Saúde - Agência Nacional de Vigilancia Sanitária – 2017.

Procedimentos de enfermagem: guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani ... [et. al.]. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro :Guanabara Koogan, 2017.

Cartazes de precauções da Agência Nacional da Vigilancia Sanitária.

70. PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS PARA AEROSSÓIS

1. OBJETIVO

Apresentar a instruções para Prevenir a transmissão de microrganismos por aerossóis (particulas de tamanho menor ou igual a 5 micra), que permanecem suspensas no ar e podem ser dispersas a longas distâncias. Aos profissionais de saúde durante a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, por microrganismos transmitidos por aerossóis e que necessitam de isolamento respiratório, como varicela, sarampo e tuberculose.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de assistêncial.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

A transmissão por aerossóis é diferente da transmissão por goticulas. Algumas particulas eliminadas du- rante a respiração, fala ou tosse se ressecam e ficam suspensas no ar, podendo permanecer durante horas e atingir ambientes diferentes, inclusive quartos adjacentes (são carreados por corrente de ar).Destinam-se às situações de suspeita ou confirmação de tuberculose pulmonar ou laríngea, sarampo, varicela e herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido

4. MATERIAL UTILIZADO

Prontuário do Paciente;

Máscara tipo N95 ou PFF2 (proteção facial filtro 2).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Leia atentamente a prescrição médica e o prontuário do paciente e verifique se há confirmação ou suspeita de infecção por microrganismos disseminados por aerossóis;

Observe a identificação de "Precauções para aerossóis" na porta do quarto;

Higienize as mãos antes de entrar no quarto;

Coloque máscara N95 ou PFF2 antes de entrar no quarto;

Posicione corretamente os elásticos, um na região superior e outro na região inferior da cabeça, para que a máscara fique bem firme;

Ajuste a haste metálica da máscara à parte superior do nariz (osso nasal), de modo a evitar o escape de ar;

Higienize as mãos antes de sair do quarto;

Após sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização,

Lembrando que o uso da máscara é individual.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Utilize a PFF2 durante aassistência a pacientes entubados;

O transporte do paciente deve ser limitado e, quando necessário, ele deve sair do quarto usando máscara cirúrgica;

O familiar ou acompanhante deverá fazer uso de máscara Cirúrgica;

Os EPI's devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes preconizadas pelo SCIH e em conformidade com a Norma Regulamentadora (NR32);

8. RESPONSÁVEL(S)

Toda equipe assistencial.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada Á Assistêmcia a Saúde - Agência Nacional de Vigilancia Sanitária – 2017

Procedimentos de enfermagem: guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani... [et. al.]. -- 2. ed.-- Rio de Janeiro :Guanabara Koogan, 2017.

71. PRECAUÇÕES DE GOTICULAS

1. OBJETIVO

Apresentar aos profissionais de saúde as instruções para Prevenir a transmissão de microrganismos por gotículas, durante a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, por microrganismos transmitidos por goticulas.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de assistêncial.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

Goticulas, também chamadas Gotículas de Pflugge são particulas liquidas expelidas para o ar que podem ser gerados por tosse, espirro, conversação de um paciente contaminado por microorganismo;

4. MATERIAL UTILIZADO

Prontuário do Paciente;

Máscara cirúrgica

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Leia atentamente a prescrição médica e o prontuário do paciente e verifique se há confirmação ou suspeita de infecção por microrganismos disseminados por goticulas;

Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente;

Coloque máscara cirúrgica antes de entrar em contato com o paciente:

Posicione corretamente os elásticos, um na região superior e outro na região inferior da cabeça, para que a máscara fique bem firme;

Ajuste a haste da máscara à parte superior do nariz (osso nasal), de modo a evitar o escape de ar;

Higienize as mãos após finalizado o atendimento;

Após sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização, lembrando que o uso da máscara é individual.

6. PERIODICIDADE

N/A

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente: use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções e descarte adequadamente os pérfurocortantes;

O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto;

O familiar ou acompanhante deverá utilizar máscara cirúrgica;

Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes preconizadas pelo SCIH e em conformidade com a Norma Regulamentadora (NR32);

A porta do quarto deve estar identificada corretamente com o tipo e os meios de precaução para gotículas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Téc. e Auxiliar de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A

10. REFERENCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação – Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde : Volume único(recurso eletrônico)/ Ministé- rio da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiolo- gia em Serviços – 2 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

72. INSTALAÇÃO DE OXIMETRIA DE PULSO

1. OBJETIVO

Mensurar os níveis de saturação de oxigênio e a frequência do pulso.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

NT CCIH (Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);

N/A - Não se aplica.

3. MATERIAL UTILIZADO

01 oxímetro de pulso com cabo de energia;

01 sensor em sonda de acordo com o paciente: (se pediátrico 10 cm de fita adesiva hipoalérgica ou esparadrapo);

03 bolas de algodão ou 01 pacote de gaze;

01 almotolia com álcool a 70%;

01 caneta;

01 impresso de sinais vitais ou de anotações de enfermagem.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Verificar a prescrição do paciente;

Identificar o paciente através do prontuário e identificação no leito;

Higienizar as mãos conforme NT 01 CCIH/HGP;

Separar e preparar os materiais;

Levar os materiais para a unidade do paciente;

Fazer desinfecção do sensor com algodãoumedecido com Álcool a 70%;

Verificar a voltagem do equipamento e conectá-lo à fonte de energia elétrica;

Ligar o monitor e determinar os limites do alarme, tanto para saturação de oxigênio alta quanto bai- xa, bem como, para as frequências de pulso altas e baixas, de acordo com a idade, condição fisica ou clínica, terapêutica e riscos;

Confirmar se o sensor está compatível ao monitor;

Selecionar a área apropriada para aplicar o sensor com base na circulação periférica e temperatura do membro (dedos das mãos, dos pés e lóbulo da orelha);

Determinar a adequação da circulação periférica, avaliando o enchimento capilar, evitando locais com: edemas, lesões cutâneas, hipotermia ou doença vascular periférica;

Preparar o sitio selecionado;

Fixar o sensor no local escolhido, alinhando o receptor e o emissor de luz um em oposição ao outro;

Em neonatal e pediátrico: Envolver primeiro uma gaze dobrada e depois passar a fita hipoalérgica;

Orientar Mãe ou responsável;

Conectar o sensor do oximetro ao aparelho;

Certificar se a luz ou a forma da onda refletem a força do pulso, comparando a frequência radial ou apical do cliente com a frequência do oximetro. Quando existir diferença reavaliar a colocação do sensor;

Ler o nivel de saturação do oxigênio e a frequência de pulso;

Higienizar as mãos conforme NT 01 CCIH/HGP;

Registrar no prontuário a data, a hora, o local de escolha para colocação do sensor e os valores das leituras realizadas (saturação e frequência);

Assinar e carimbar.

Diante de niveis alterados, avaliar a condição clinica, verificar se o sensor não se soltou e, conferir se o tipo de sensor está adequado ao biótipo e ao local de escolha. Comunicar ao médico, se persistir.

5. PERIODICIDADE

Conforme necessidade e/ou solicitação do médico ou enfermeiro.

6. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

7. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

8. REGISTRO(S)

Registrar em prontuário e SAE.

9. REFERENCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lein.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regu- lamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em http://www.portalcofen. com.br.Acessado em 07/09/15.

POTTER, P. A.&PERRY,A.G.Fundamentos de Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara koogan S.A.2004.

SOBECC. Práticas Recomendadas-SOBEC. Práticas Recomendadas- SOBECC 3ª ed. Revisada e atualizada 2005.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem. 7ª ed.Porto Alegre: Artmed,2007.1592p.

1.3.2 PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS

APRESENTAÇÃO

O presente Manual para Faturamento de Procedimentos da Policlínica de Formosa, tem como objetivo orientar a realização das atividades de faturamento da unidade de saúde, estabelecendo normas e rotinas para faturamento dos procedimentos em software especializado (ERP- Enterprise Resource Planning).

Tais normativas direcionarão o desenvolvimento do processo de faturamento, garantindo a máxima produtividade e a qualidade dos resultados.

COMPETÊNCIA

Compete ao serviço de Faturamento da Policlínica de Formosa:

- Analisar e ordenar toda a documentação eletrônica que deve ser utilizada no modulo do software de faturamento integrado onde será compilado todos os serviços prestados;
- Checar no prontuário eletrônico dos pacientes que passaram por consulta/ exames/ procedimentos para a verificação da exatidão dos lançamentos, evitando perdas financeiras;
- Acompanhar as atualizações da Tabela SIGTAP;
- Analisar e preencher os dados no módulo de Faturamento Ambulatorial BPA e exportar para o sistema de faturamento SUS BPAmag, para processamento e exportação dos pacientes da unidade, encaminhando-as dentro do prazo fixado e da forma exigida na legislação;
- Analisar e preencher os dados no módulo de Faturamento Ambulatorial APAC e exportar para o sistema de faturamento SUS APACmag, para processamento e exportação dos pacientes da unidade, encaminhando-as dentro do prazo fixado e da forma exigida na legislação;
- Analisar e preencher os dados no módulo de Faturamento Ambulatorial SISCAN e exportar para o sistema de faturamento SUS SISCAN, para

processamento e exportação dos pacientes da unidade, encaminhando-as dentro do prazo fixado e da forma exigida na legislação;

- Analisar glosas recebidas e providenciar as devidas correções e reapresentação;

- Elaborar, mensalmente, demonstrativos do faturamento de acordo com o roteiro implantado pela Administração para o preenchimento do Relatório de Prestação de Contas;

- Utilizar em suas atividades sistemas informatizados que permitam a integração com sistemas do Ministério da Saúde;

- Manter os módulos do CNES atualizados, com alteração das competências e versões.

METODOLOGIA DE FATURAMENTO

O processo de faturamento deverá ser realizado em software ERP, onde todos os lançamentos realizados no prontuário do paciente, automaticamente serão lançados no módulo de faturamento, juntamente com as guias/laudos que compõe o prontuário. Toda documentação deverá ser conferida através de checklist para fechamento da conta no modulo de faturamento;

Inicia-se o processo através da conferência do prontuário eletrônico e os lançamentos realizados eletronicamente no software que deverá conter, a consulta, procedimentos, exames, materiais e medicamentos, possuindo valor financeiro ou não

Os procedimentos de alto custo autorizados por guia ou laudo e prorrogações são conferidos e lançados na conta. Em seguida, são dados os encaminhamentos devidos.

Estando conforme os lançamentos, a conta é finalizada eletronicamente e o faturamento do procedimento é fechado parcial ou integralmente dentro dos prazos contratados, sendo posteriormente encaminhada a SES conforme agenda Estadual.

Fases do Faturamento Realizado no Software (ERP)

Menu - Faturamento Ambulatorial SUS (BPA e APAC)

Faturamento BPA: Localizações/ Faturamento / Faturamento Ambulatorial SUS (BPA e APAC) / Lançamento / BPA

Faturamento APAC: Localizações/ Faturamento / Faturamento Ambulatorial SUS (BPA e APAC) / Lançamento / APAC

Faturamento SISCAN: Localizações/ Faturamento / Faturamento Ambulatorial SUS (BPA e APAC) / Lançamento / SISCAN

Configurações

Serviços de Apoio / Global / Configurações /Tabelas

Faturamento / Faturamento Ambulatorial SUS (BPA e APAC) / Tabelas / APAC / Tipos de Tratamento APAC

Faturamento / Tabelas / Gerais / Atendimento / Ambulatório / Tabelas / Tipos de Resultado

Função da tela

Defini os parâmetros de funcionamento do sistema Faturamento Ambulatorial, tais como: configurações do sistema, integrações com outros sistemas, numeração de guias, habilitações e diretor da unidade.

Informações básicas da unidade de acordo com as informações fornecidas na tela de "Configurações do Sistema para o Unidade ", os campos "Razão Social", "Unidade" e "Nível" apresentam-se automaticamente preenchidos:

- Informar a sigla da Policlínica que será utilizada na nomenclatura do arquivo BPA gerado;
- Informar o CNES da Policlínica;
- Selecionar "convênio: SUS" padrão para o sistema de Faturamento Ambulatorial, o "SUS - AMBULATÓRIO", que deve ter sido previamente cadastrado na tela "Convênios: SUS";
- Indicar o município padrão, definindo se a entrega da produção será feita a um órgão municipal ou estadual;

- Informar o Órgão Estadual, o Órgão Municipal, o nome do diretor padrão da unidade e seu CPF e o CNS do diretor da unidade;

- Os campos relativos à versão e data BPA/APAC/SISCAN servem apenas para visualização e não podem ser alterados pelo usuário. A alteração é feita à medida que são alteradas as versões do DATASUS.

Aba "Integrações do Sistema"

Modulo de Diagnostico de Imagem:

- A integração entre os sistemas;

- Informar se os dados serão importados do Diagnóstico por Imagem no momento do pedido ou do resultado do exame;

- Informar se o prestador da importação será aquele que assinou o laudo, o que está vinculado ao setor onde o exame foi realizado ou o que executou o exame;

- Informar se há ou não validação da CBO do Prestador. Caso essa configuração esteja ativa, um exame de imagem só pode ser faturado se o prestador possuir uma CBO compatível com o procedimento;

- Bloco "Configurações módulo PSSD" - Laboratório de Análises Clínicas;

- Informar se há integração do Faturamento Ambulatorial SUS, com relação aos lançamentos BPA, com o sistema de Laboratório de Análises Clínicas;

- Informar se os dados serão importados do Laboratório de Análises Clínicas no momento do pedido ou do resultado;

- Informar se o prestador importado será aquele que assinou o laudo ou o que está vinculado ao setor onde o exame foi realizado;

- Informar se há ou não validação da CBO do Prestador. Caso essa configuração esteja ativa, um exame de laboratório só pode ser faturado se o prestador possuir uma CBO compatível com o procedimento;

- Bloco "Configurações m..." - Gerenciamento de Unidades;

- Definir se haverá integração do Faturamento Ambulatorial SUS, com relação aos lançamentos BPA, com a Prescrição Médica. Caso haja, no momento em que for confirmada a prescrição (impressão da confirmação da prescrição) para um paciente cujo convênio seja SUS, automaticamente, os procedimentos e/ou medicamentos são lançados na conta;

- Informar se há ou não validação da CBO do Prestador.

- Caso essa configuração esteja ativa, só haverá o faturamento das prescrições caso a CBO do Prestador seja compatível com elas;

- Informar se será realizada a validação do CBO por Prestador;

- Selecionar em que competência a remessa será lançada para faturamento, se pela prescrição ou pelo atendimento;

- Informar se há ou não validação da CBO do Prestador. Caso essa configuração esteja ativa, os procedimentos realizados no Banco de Sangue só poderão ser faturados se a CBO do Prestador for válida para o procedimento em questão.

RELATÓRIOS E IMPRESSOS

O faturamento providencia os relatórios de produção geral da unidade, contendo os dados dos procedimentos que geram valor, conforme tabela SIGTAP e os que não geram valores;

As contas recebidas são conciliadas pelo faturamento, as glosas, os recursos de glosas recebidos devem ser quantificados para emissão de relatório de eficiência do setor, bem como, para ações educativas para minimização dos problemas e conhecimento da diretoria;

Ao final de cada competência de faturamento o setor de faturamento emitirá um relatório gerencial de atividades do setor;

São realizados os seguintes relatórios:

- Demonstrativo Mensal da Diferença entre faturado X Recebido;

- Relatório Comparativo Mensal entre Contas Faturas X Atendimentos Realizados;

- Resumo de faturamento, contendo o quantitativo de contas e valores apresentados, reapresentados, procedimentos glosados e pagos.

DESCRIÇÃO DAS INSTRUÇÕES DE TRABALHO

Monitorar, controlar e validar produções de atendimento no Sistema ERP:

- Responsável: Assistente Administrativo, Auxiliar Administrativo.

- Formulário: Prontuário eletrônico, telas de atendimento ambulatorial, pedidos de laudos ou exames de procedimentos.

- Descrição da ação: Conferir e avaliar a os registros de atendimento, de acordo com o Manual de Composição do Prontuário Eletrônico (em casos de não conformidade solicitar a regularização, junto ao setor de origem). Monitorar a emissão de laudos e lançamentos, no PEP. Analisar as contas de acordo com cada sistema de faturamento: BPA, APAC, SISCAN. Manter identificadas as produções de acordo com cada mês de competência. Conferir os lançamentos de todos os procedimentos: principais, especiais ou secundários, de acordo com a classificação/serviço e CBO. Realizar a consistência das contas, corrigindo aquilo que não estiver de acordo com os manuais, advertindo os setores de origem sobre as falhas.

Solicitar auditoria ao órgão competente para a autorização:

- Responsável: Assistente Administrativo, Auxiliar Administrativo.

- Formulário: Controle de Auditoria.

- Descrição da ação: Lançar os laudos na planilha de controle. Encaminhar a relação dos procedimentos, ao órgão regulador. Solicitar a auditoria in loco quando necessário. Apresentar 100% os laudos na competência vigente. Encaminhar a relação das

contas a serem autorizadas, descrevendo os motivos para liberação de acordo com modelo padronizado.

Atualizar cadastro do CNES:

- Responsável: Assistente Administrativo, Auxiliar Administrativo.
- Formulário: Fichas Cadastrais, Arquivos de Atualização.
- Descrição da ação: Manter atualizada a versão do sistema. Encaminhar os dados cadastrais atualizados para a SES, referente aos serviços, habilitações, CBO, profissionais admitidos e demitidos e respectiva carga horária até o dia 01 do mês, conforme agenda Estadual.

Promover o fechamento dos Sistemas de Faturamento:

- Responsável: Assistente Administrativo, Auxiliar Administrativo, Gerencia Administrativa, Diretoria
- Formulários: Sistemas de Faturamento.
- Descrição da ação: Gerar a prévia da competência do mês vigente, realizar a consistência e exportação. Encaminhar arquivo ao órgão responsável. Solicitar a assinatura do administrador do hospital no espelho/ relatório de produção. Emitir cópia do protocolo de entrega de produção e encaminhar a sede IMED.

Emitir relatórios:

- Responsável: Assistente Administrativo, Auxiliar Administrativo.
- Formulários: Planilhas de Controle e Mapas Estatísticos.
- Descrição da ação: Emitir relatórios administrativos e Mapa Estatísticos a cada fechamento e encaminhar a Diretoria Adm./Financeiro e ao setor de estatística/ indicadores. Emitir e encaminhar relatórios, conforme manual de prestação de contas do IMED, relacionado BPA, CNES, APAC, SISCAN.

Gerenciar processos de Habilitações Local/ Federal:

- Responsável: Assistente Administrativo, Auxiliar Administrativo, Gerencia Administrativa, Diretoria.

- Formulários: Legislações aplicáveis das habilitações.

- Descrição da ação: Identificar procedimentos que requerem habilitação (local ou federal) em tabela SIGTAP. Realizar série histórica. Realizar a solicitação de abertura para o processo de habilitação. Disponibilizar as documentações necessárias a SES. Acompanhar as visitas técnicas para aprovação das habilitações solicitadas.

ROTINAS FATURAMENTO DO SUS EM PERÍODO DE CONTIGÊNCIA

Em situações em que a contingência seja acionada, seguir a rotina:

- Recolher os prontuários dos pacientes dos ambulatórios;

- Conferir os dados pessoais do paciente;

- Checar se o CID do paciente é compatível com o procedimento médico solicitado/ realizado;

- Validar se os laudos/ boletins foram devidamente assinados pelo profissional assistente;

- Checar se há registro do Conselho de Classe e CPF do profissional assistente nos laudos/ boletins;

- Em casos de preenchimento incompleto, realizar a correção ou encaminhar para o responsável realizar o devido preenchimento do laudo solicitado;

- Realizar a separação dos laudos/ boletins por blocos de procedimentos quatro dias antes do fechamento da produção;

- Verificar a quantidade de cada bloco, para fins estatísticos;

- Verificar a quantidade de procedimentos executados por profissional de saúde, para fins estatísticos;

- Preencher os dados de produção nos sistemas de faturamento SUS (BPAmag, APACmag, SISCAN) e realizar o fechamento de produção;

- Encaminhar os arquivos de produção para a Secretaria de Saúde;
- Imprimir os relatórios/ espelhos de produção e encaminhar para o principal administrador da unidade validar.

PRONTUÁRIOS ELETRÔNICO DO PACIENTE

Todo paciente deverá ter seu prontuário eletrônico contendo uma única numeração de identificação, individualizado e intransferível.

Sua composição será:

- Ficha de Atendimento;
- Anamnese médica, multidisciplinar e exame Físico;
- Folha de Evolução Médica, Enfermagem e Multidisciplinar;
- Folha de Prescrição Médica, Enfermagem e Multidisciplinar;
- Ficha de Controle de Sinais Vitais;
- Ficha de Solicitação de Exames Complementares (se for o caso);
- Ficha de Infecção e/ou Solicitação de Antibiótico (se for o caso);
- Exames de Imagens (Laudos);
- Exames Laboratoriais (Laudos);
- Termos de Consentimentos;
- Resumo Clínico
- Aviso de Alta.

Todos os documentos devem estar devidamente preenchidos em todos os campos, assinados e carimbados pelos responsáveis legais.

I. BPA (Boletim de Procedimento Ambulatorial)

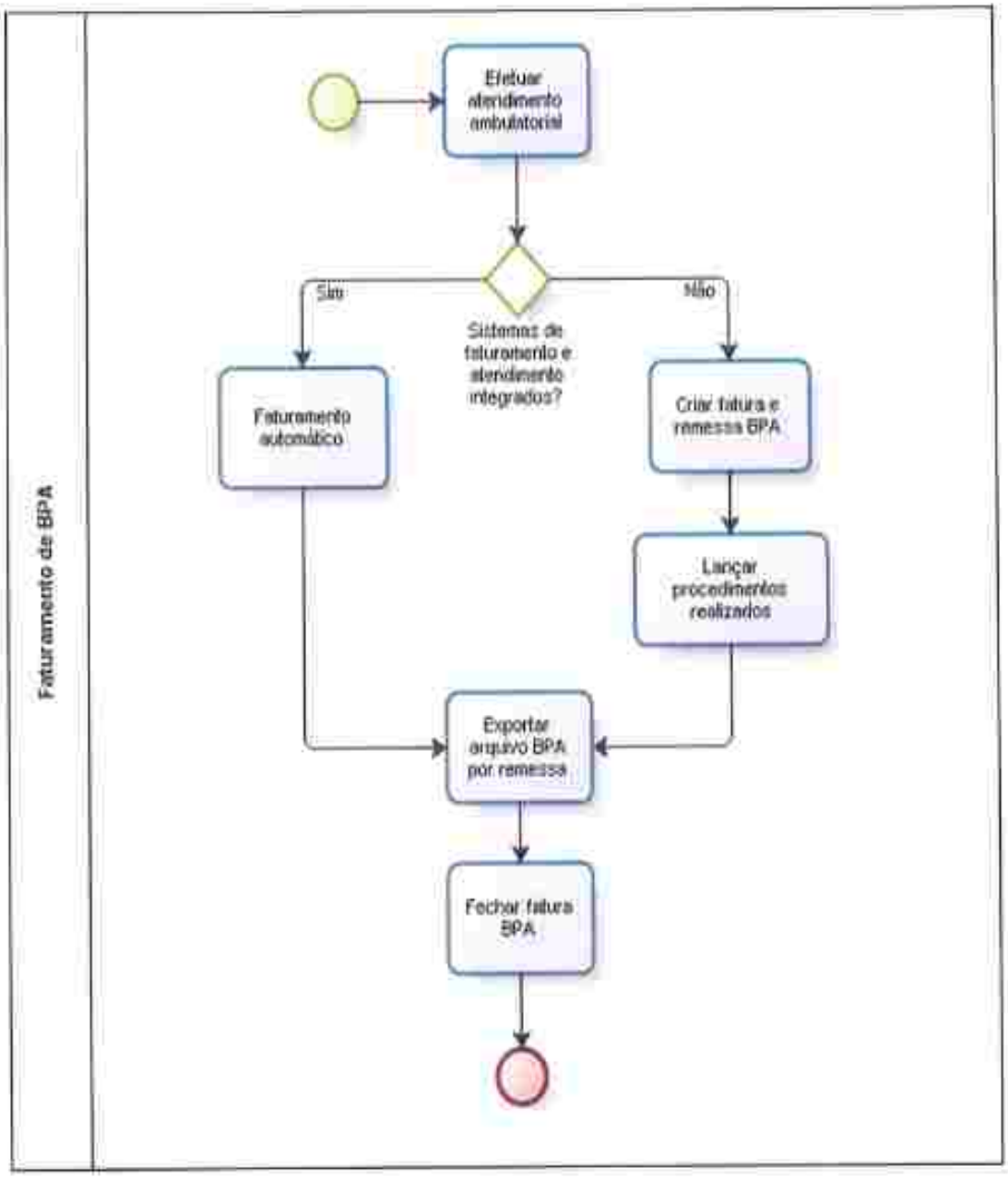
O objetivo é permitir aos gestores locais o registro das informações referentes aos atendimentos realizados, nas modalidades de atendimento ambulatorial e assistência domiciliar, executando o processamento da produção ambulatorial dos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS, subsidiando as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da atenção ambulatorial.

A Portaria SAS/MS nº 709, de 06 de novembro de 2007 estabelecer que o instrumento Boletim de Produção Ambulatorial – BPA.

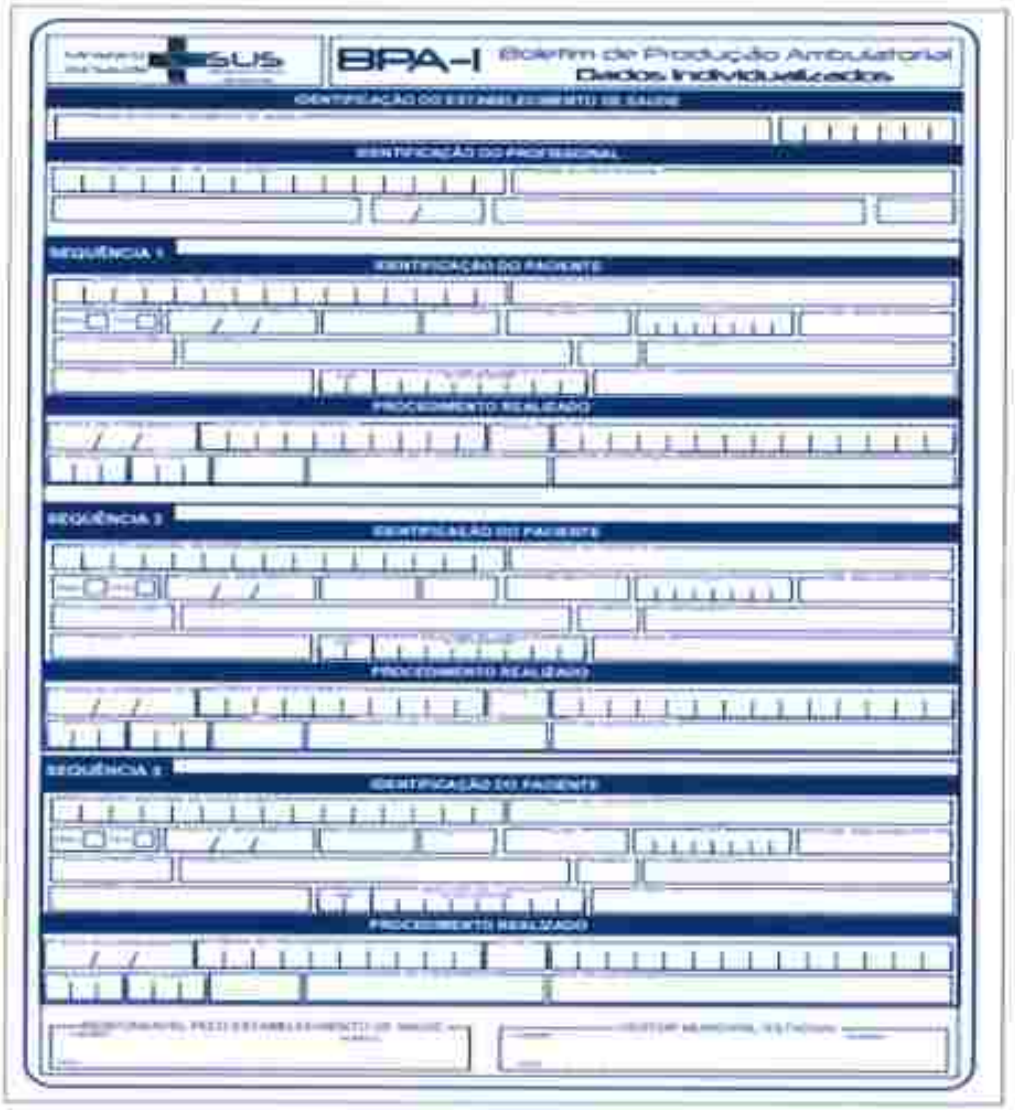
O BPA Magnético passa a ser constituído de 2 formas de entrada de dados de produção:

- BPA individualizado;
- BPA consolidado.

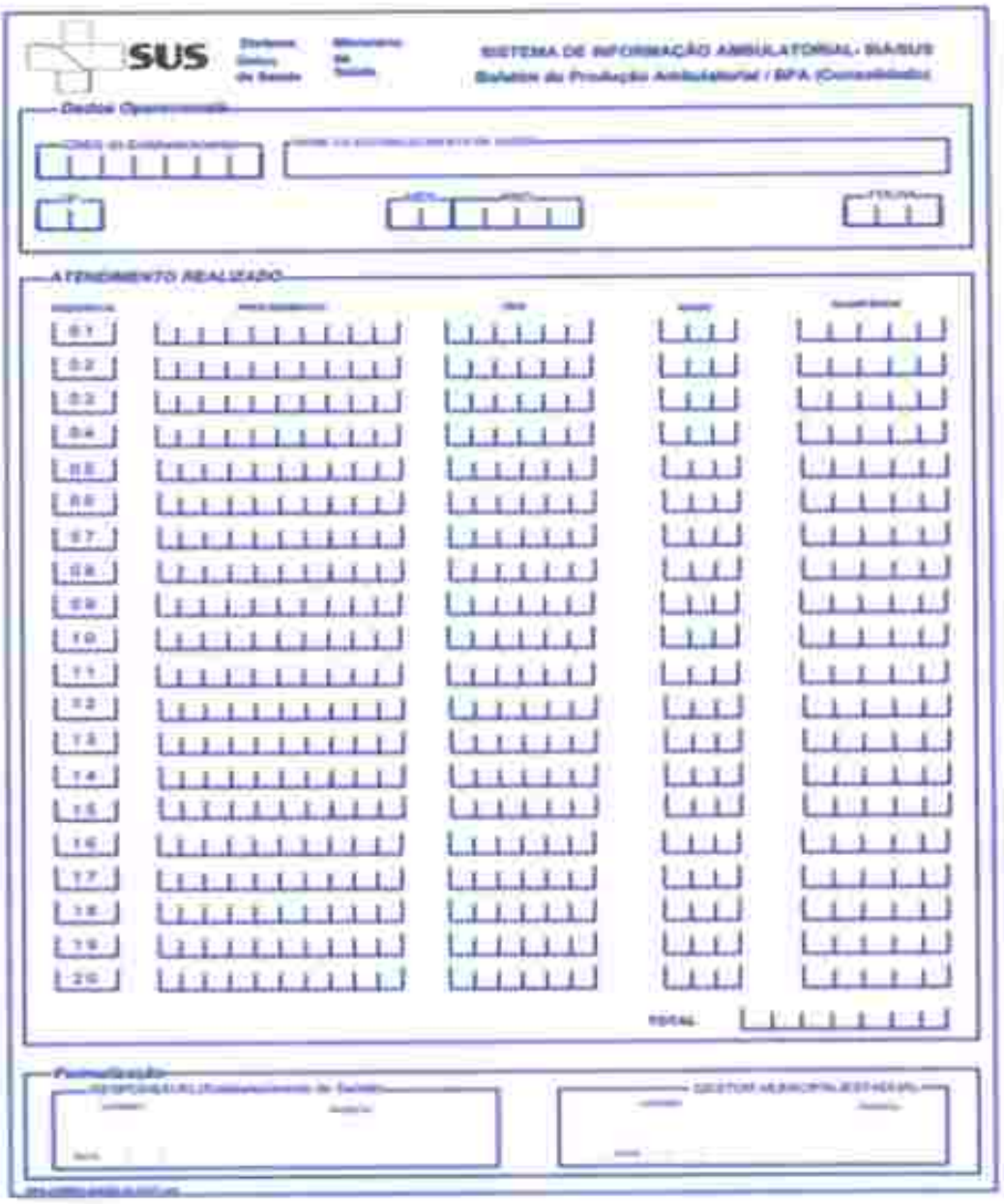
Fluxograma – Faturamento Ambulatorial BPA



Boletim de Produção Ambulatorial - Dados Individualizados



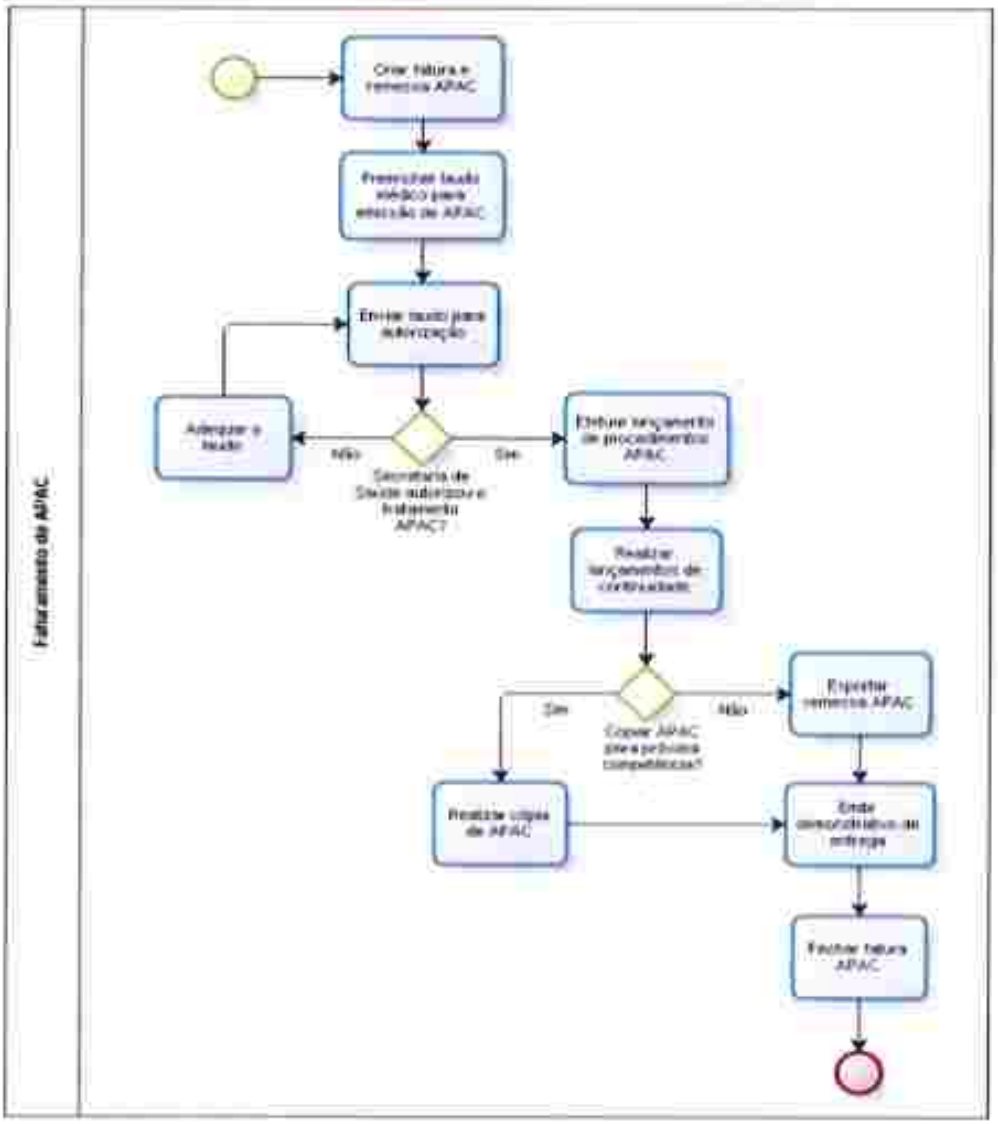
Boletim de Produção Ambulatorial - Dados consolidados



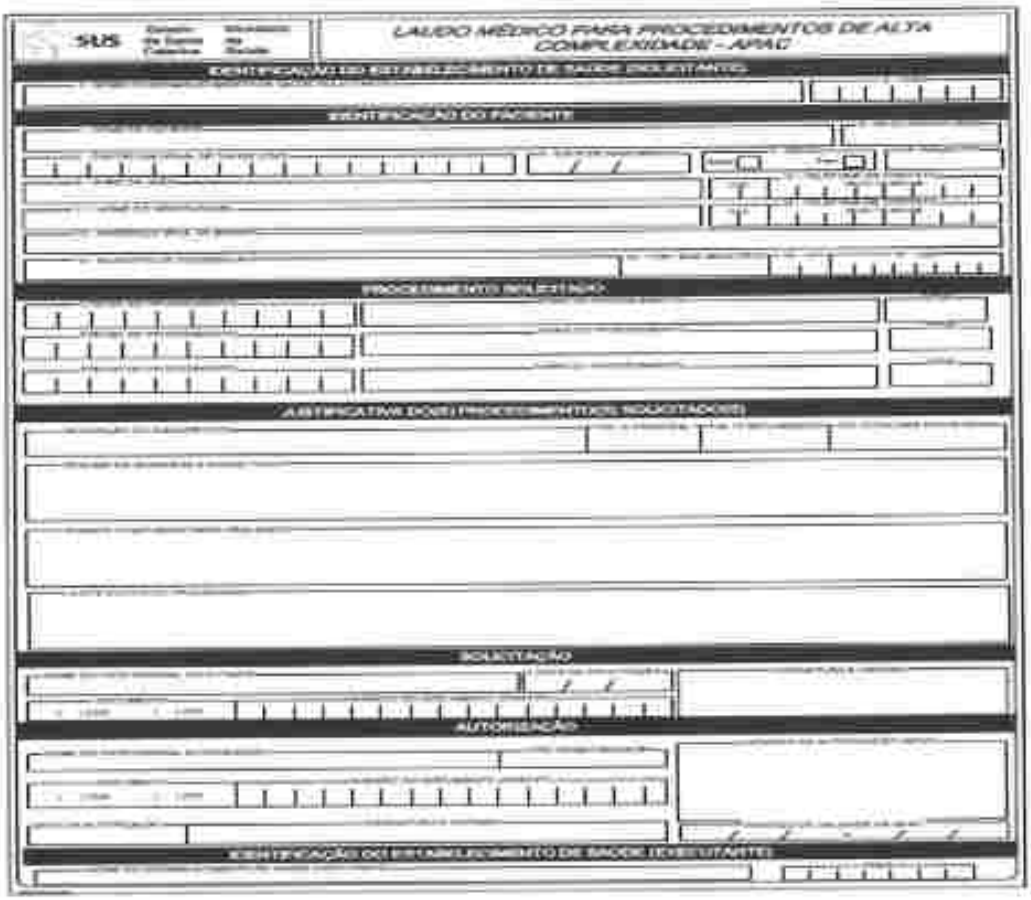
II. APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade)

É um instrumento específico para autorização, cobrança e informações gerenciais dos procedimentos de Alta Complexidade/Custo e do fornecimento de Medicamentos Excepcionais realizados pelas unidades prestadoras de serviços, cadastradas no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS. A tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para a codificação dos atendimentos realizados pelos profissionais, passou por uma revisão completa, e foi concluída em 1998. Sua implantação foi por meio das Portarias: GM/MS n º 18/99 e SAS/MS n º 35/99.

Fluxograma – Faturamento Ambulatorial APAC



Laudo médico para procedimentos de alta complexidade – APAC



III. SISCAN

Em 2011, foi iniciado o processo de elaboração do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), um novo sistema de informações que integra e substitui o SISCOLO e o SISMAMA, trazendo modificações importantes para fortalecer sua utilização no planejamento e na avaliação das ações de controle dos cânceres do colo do útero e mama no Brasil.

No sistema, são registrados os exames de rastreamento e investigação diagnóstica dos cânceres do colo do útero e de mama, assim como informações sobre condutas diagnósticas e terapêuticas relativas ao seguimento dos casos positivos e/ou alterados. As principais funções do SISCAN são: sistematizar e arquivar as informações referentes aos exames de rastreamento e investigação diagnóstica dos cânceres do colo do útero e de mama; fornecer laudos padronizados; selecionar e arquivar amostras dos exames citopatológicos do colo do útero para monitoramento externo da qualidade (MEQ); facilitar o

processo de seguimento de mulheres com exames alterados, além de fornecer dados para monitoramento e avaliação das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama.

IV. TABELA SIGTAP

O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS é uma ferramenta de gestão que permite o acompanhamento sistemático, inclusive com série histórica, das alterações realizadas a cada competência/mês, detalhando os atributos de cada procedimento, compatibilidades e relacionamentos. Há possibilidade de consulta via endereço eletrônico ou por versão desktop, para aqueles que desejam realizar as consultas de maneira offline.

V. CNES

O Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) é um sistema utilizado no Brasil para registrar e manter informações sobre estabelecimentos de saúde em todo o país. É uma ferramenta de gestão e controle que auxilia na organização do sistema de saúde brasileiro, permitindo o acompanhamento e a regulação dos serviços de saúde.

ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS E ESTATÍSTICA

OBJETIVOS

O presente documento visa disciplinar a constituição, as atividades do Serviço de arquivo de prontuário médico e estatística para o exercício de suas atividades conforme prerrogativas do Conselho Federal de Medicina CFM e diretrizes legais da Lei **Geral de Proteção de Dados-LGPD** (Lei nº 13.709) de 14 de agosto de 2018.

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM) um prontuário médico é um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

FINALIDADES

Organização de toda documentação e informação decorrente da assistência ao paciente ocorrida nas dependências da Policlínica de Formosa.

- Assegurar a validade e a qualidade das informações no sistema ERP e PEP;
- Implementar o sistema de prontuário eletrônico do paciente (PEP), conforme regulamentado pela Resolução 1821/2007 do CFM;
- Normatizar o sistema de guarda e manuseio do PEP em nuvem;
- Regulamentar a troca de informações entre diferentes instituições de saúde, conforme diretrizes da LGPD;
- Acompanhar os avanços da tecnologia da informação, que oferece as instituições de saúde novas possibilidades de armazenamento e guarda dos itens essenciais que compõem um prontuário eletrônico;
- Eliminar o volume crescente de prontuários médicos em papel;
- Garantir a preservação do sigilo e da privacidade das informações constantes no prontuário eletrônico do paciente é dever e responsabilidade de todos os profissionais envolvidos na assistência. O não cumprimento dessa obrigação configura infração ética e legal;
- Garantir o aperfeiçoamento dos profissionais assistenciais e do pessoal técnico da Policlínica.

COMPOSIÇÃO

O setor de arquivo médico e estatística é composto por pessoal técnico administrativo, funcionários da tecnologia de informação (TI), treinados, capacitados e orientados quanto ao dever de sigilo das informações presentes no prontuário do paciente.

O acesso a informações presentes nos prontuários será facultado aos membros corpo clínico e corpo assistencial que utilizam e prestam serviços nas instalações e dependências da Policlínica de Formosa e que se comprometem com o dever de sigilo das informações que lhes são confiadas em decorrência da formação técnica que detém e em decorrência da função que exercem.

O Corpo Clínico é composto por: Diretoria Médica; Diretoria Clínica; Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; Médicos das diversas equipes.

O Corpo Assistencial é composto por: Enfermeiros; Psicólogos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Nutricionistas; Farmacêuticos; Biomédicos, Tecnólogos em radiologia; Técnicos de enfermagem; Tecnólogos da Informação; Assistentes social; Odontólogos; Técnicos administrativos.

COMPETÊNCIAS

Compete à Diretoria Médica:

- Cumprir e fazer cumprir o presente regimento da Policlínica;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação das informações do PEP.

Compete ao Diretor Clínico:

- Supervisionar o registro das informações no PEP;
- Assessorar a equipe médica quando aos deveres de registro fiel das informações do paciente no PEP;
- Supervisionar as execuções das atividades de assistência médica na Policlínica e seu devido registro junto ao PEP;
- Zelar, cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno.

O Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (SCIRAS), órgão assessor da diretoria administrativa e corpo clínico, tem por objetivo zelar e manter ativo todas as informações referentes ao Programa de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, adequado às características e necessidades da Unidade,

zelando pelo registro no PEP de todas as informações referentes aos pacientes são suas intercorrências infeciosas.

Ao demais Membros do Corpo Assistencial compete:

- Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Administrativa da Policlínica;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação das informações do PEP;
- Zelar pelo fiel registro das informações sobre os pacientes, seus exames, suas queixas, propedêuticas, prescrições, condutas, hipóteses diagnósticas, com precisão e clareza no PEP;
- Fomentar o cumprimento do dever de sigilo das informações referentes a pacientes e seu registro no PEP.

SISTEMÁTICA E METODOLOGIA DE TRABALHO

- Número de atendimentos gerais;
- Número de atendimentos por especialidade;
- Especialidade com maior demanda;
- Procedimentos realizados;
- Tempo médio de espera por atendimento;
- Taxa de faltas e desistências;
- Motivo de atendimento (primeira consulta, retorno);
- Número de Exames por Tipo.
- Faturamento Total (Previsto e Realizado), com variação.

ITENS ESSENCIAIS QUE COMPÕE UM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO- PEP:

Compõem um prontuário eletrônico que garantem a comunicação entre os profissionais da área médica e o paciente ou seus familiares. Esses dados devem ser colhidos pelo setor administrativo do hospital e, caso algum erro seja encontrado, os profissionais da área assistenciais devem solicitar que seja feita a imediata correção.

Em resumo, o prontuário deve conter:

Ficha de Atendimento: exibe as informações pessoais do paciente, como nome completo, nome social, nome da mãe e responsável, telefone, endereço, bem como as informações do primeiro atendimento ambulatorial.

Anamnese e exame físico: são os dados obtidos após o exame físico do paciente, esse registro deve ser organizado de maneira cronológica e completado de acordo com o diagnóstico.

Anamnese da equipe multiprofissional: exibe os dados obtidos pelo setor de enfermagem e demais profissionais da policlínica no momento do atendimento.

Folha de evolução: notas de evolução correspondem ao registro cronológico sobre o estado de saúde do paciente e a evolução do quadro clínico, procedimentos terapêuticos e planejamento do dos próximos atendimentos.

Prescrição médica, enfermagem e equipe multidisciplinar: esse campo deve exibir o registro de todas as medidas necessárias ao tratamento do paciente como a prescrição de medicamentos, medidas de reabilitação e ações educacionais.

Ficha de controle de sinais vitais: são os dados obtidos após a aferição dos sinais vitais, podendo ser coletadas antes, durante e após procedimentos realizados.

Ficha de solicitação de exames complementares: para realização de exames que venham complementar o diagnostico ou a terapêutica aplicada.

Ficha de infecção e/ ou solicitação de antibiótico: para controlar e monitorar o uso de antibióticos, além de registrar infecções identificadas em pacientes.

Resultado dos exames: os resultados dos exames complementares no PEP podem ser apresentados na forma de laudo ou de tabela.

Laudos de exames: representam a descrição dos exames realizados pelos pacientes de forma não numérica. São exemplos os laudos de radiologia, ecografia e espirometria, endoscopia, colonoscopia, etc.

Resumo Clínico: exibe um resumo do quadro de saúde dos pacientes e tem o objetivo de fornecer a equipe assistencial uma visão da situação clínica dos pacientes. Essa lista deve ser elaborada de forma objetiva e em ordem numérica. Além disso, esse campo se destina a exibir os sintomas apresentados assim como as alterações fisiológicas ou emocionais.

Aviso de alta: documento informativo, contendo o motivo de alta da unidade, profissional que emitiu e status de saúde do paciente.

Documentos diversos: entre os itens essenciais que compõem um prontuário eletrônico, o campo de documentos diversos exibe arquivos como ficha anestésica, relatórios de procedimentos em hospital dia, termos de consentimentos e etc.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Este documento está em concordância com a resolução 1821/2007 do CFM que dispõe sobre a implementação do prontuário eletrônico no Brasil. Este documento acompanha as diretrizes legais da Lei **Geral de Proteção de Dados-LGPD** (Lei nº 13.709) de 14 de agosto de 2018. Revogam-se as disposições em contrário.

Documentos de Apoio:

1. Brasil. Manual Técnico Operacional SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais - Aplicativos de captação da produção ambulatorial APAC Magnético – BPA Magnético - VERSIA – DE-PARA – FPO Magnético. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação, 2009.

2. Brasil. Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP versão WEB Volume I - Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação, 2011.

3. Manual de Operações Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. CNES, 2023. Disponível em: https://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/documentacao.jsp. Acesso em 01 de outubro de 2024.

4. Sistema de informação do câncer (SISCAN) - módulo 1: apresentação, controle de acesso, fluxo de informação, integração com outros sistemas, vinculação / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2021.

1.1.3.3 - Proposta de manual administrativa para almoxarifado e patrimônio

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

O Almoxarifado e Patrimônio são estruturas físicas departamentalizadas inseridas na estrutura da unidade de saúde, que tem como seus objetivos principais fornecer meios para o armazenamento correto dos itens de consumo geral e bens, agregando funções operacionais referente ao fornecimento dos insumos para o funcionamento geral da instituição, assim como, agrega funções de apoio à atividade assistencial em saúde.

O Almoxarifado tem como finalidade o recebimento e conferência de todos os insumos destinados às áreas assistenciais e administrativas, abrangendo insumos alimentícios, material de escritório, acessórios de informática, material de copa e cozinha, produtos e equipamentos de higienização, bens de pequeno valor da unidade, dentre outros. O Almoxarifado poderá ser centralizado ou descentralizado, mas a aquisição dos produtos obedecerá ao orçamento vigente conforme cada unidade administrativa.

Já o Patrimônio é o setor destinado à guarda e conservação de materiais e bens, em recinto coberto ou não, adequado à sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna acondicionados à política geral de estoques da instituição. É responsável também pelo acompanhamento da vida útil de cada equipamento da unidade e bens imobilizados (ativos), observando se há corrosão, oxidação, deterioração e outros agentes, além de realizar a prestação de contas desses itens.

Juntamente com esses setores, na Policlínica de Formosa, o setor de Farmácia atuará em conjunto com esses. O setor de Farmácia tem por finalidade realizar o gerenciamento dos insumos necessários para a realização da assistência segura e adequada ao paciente. Este setor é responsável pelo recebimento e conferência todos os insumos farmacêuticos e materiais médico-hospitalar destinados as áreas assistenciais. A Farmácia da Policlínica disporá de uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), uma Farmácia Ambulatorial para dispensação aos pacientes, uma Sala de Injetáveis e uma Sala de Cuidado Farmacêutico (CF).

O Almoxarifado, Farmácia e Patrimônio da Policlínica será estruturado para desempenhar as seguintes atividades:

- Recebimento e conferência mercadorias;

- Lançamento de produtos no estoque;
- Estocagem e guarda;
- Conservação e controle de estoque;
- Entrada de bens e ativos;
- Reports de patrimônio para a SES e para a Contabilidade;
- Entre outros.

Um dos pontos mais importantes do Almoxarifado/Farmácia é seu espaço, o qual deve ser pensado e organizado para obter o máximo de aproveito de sua área total, pois isto determinará toda a estratégia de compra, estocagem e distribuição.

O Almoxarifado/Farmácia deverá ser um local limpo, seguro, de fácil acesso e arejado, conforme RDC 430/2020, 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 setores deverão assegurar que os itens sob sua responsabilidade estejam na quantidade devida, no local certo, sempre que necessário; impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza; preservar a qualidade e as quantidades exatas; possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente; garantir adequadas formas de armazenamento dos diversos itens. Os materiais serão controlados por colaboradores responsáveis por sua guarda e administração, através de sistema informatizado.

A organização do espaço do Almoxarifado, entre outras diretrizes, deve prever:

- Tipo, quantidade, peso e volume dos materiais a armazenar;
- A natureza dos produtos: inflamáveis, alimentícios, farmacêuticos, papelaria, etc.;
- Os materiais não poderão ser armazenados diretamente em contato com o chão, devendo fazer uso de prateleiras e paletes;
- Os materiais não poderão ser armazenados em contato com parede e tetos;

- Altura máxima das pilhas, conforme embalagem, 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, respeitando normas vigentes;
- 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.

A Farmácia tem por finalidade realizar o gerenciamento dos insumos necessários para a realização da assistência segura e adequada ao paciente. Este setor é responsável pelo recebimento e conferência todos os insumos farmacêuticos e materiais médico-hospitalar destinados as áreas assistenciais. A Farmácia da Policlínica disporá de uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), uma Farmácia Ambulatorial para dispensação aos pacientes, uma Sala de Injetáveis e uma Sala de Cuidado Farmacêutico (CF).

A organização do espaço físico da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e Farmácia Ambulatorial, entre outras diretrizes, deve prever:

- Tipo, quantidade, peso e volume dos materiais a armazenar;
- A natureza dos produtos: refrigerados, controlados e afins;
- Os materiais não poderão ser armazenados diretamente em contato com o chão, devendo fazer uso de prateleiras e paletes;
- Os materiais não poderão ser armazenados em contato com parede e tetos;
- Altura máxima das pilhas, conforme embalagem, 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, respeitando normas vigentes;
- 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.

A organização do espaço físico da Sala de Injetáveis, entre outras diretrizes, deve prever:

- A iluminação artificial e natural da área;
- Pia para lavagens das mãos contendo dispenser de sabonete e papel toalha;
- Dispenser de álcool;
- Mobiliário;
- Suporte e caixa coletora de perfurocortantes.

A organização do espaço físico da Sala de Cuidado Farmacêutico, entre outras diretrizes, deve prever:

- A iluminação artificial e natural da área;
- Pia para lavagens das mãos contendo dispenser de sabonete e papel toalha;
- Dispenser de álcool;
- Mobiliário e computador.

A organização do espaço do Patrimônio, entre outras diretrizes, deve prever:

- Tipo, quantidade, peso e volume dos materiais a armazenar;

- Altura máxima das pilhas, conforme recomendações do fabricante;
- Os meios de transporte interno e espaços necessários ao seu trânsito;
- As áreas destinadas ao recebimento e expedição;
- 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.

A coordenação das áreas é responsável pelo controle das atividades e fiscalização da execução das rotinas e dos procedimentos estabelecidos nos serviços, a fim de garantir a eficiência operacional. O gestor do setor utilizará ferramentas e sistemas informatizados para um controle eficiente do estoque e, deste modo, garantirá o adequado e ininterrupto suprimento de materiais para os diversos setores da unidade.

Competências da Unidade do Almoxarifado, Farmácia e Patrimônio

O Almoxarifado e Patrimônio será composto dos seguintes colaboradores:

- Supervisor de Almoxarifado e Patrimônio;
- Assistente de Patrimônio;
- Auxiliares de Almoxarifado.

A Farmácia será composta dos seguintes colaboradores:

- Coordenação de Farmácia Responsável Técnico (RT);
- Farmacêuticos;
- Assistentes de Farmácia;

- Auxiliares de CAF.

As atribuições e competências constará na política de cargos e salários da Policlínica.

O funcionamento do Almoxarifado, Farmácia e Patrimônio será de segunda-feira a sexta-feira obedecendo a tabela de horários abaixo:

SETOR	PERÍODO DA SEMANA	HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO
Almoxarifado	Segunda a Quinta-Feira	07h00 às 17h00
	Sexta-feira	07h00 às 16h00
Farmácia Ambulatorial	Segunda a Quinta-Feira	07h00 às 19h00
	Sexta-feira	07h00 às 18h00
Patrimônio	Segunda a Quinta-Feira	07h00 às 17h00
	Sexta-feira	07h00 às 16h00

ATRIBUIÇÕES DAS UNIDADES DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Recebimento de insumos

É a etapa do processo na qual o material adquirido é entregue no local previamente designado. Abrange desde o recebimento do material, na entrega pelo fornecedor, até a dispensação, através do sistema integrado com as áreas de contabilidade, compras e transporte.

Compreende as fases de entrada dos materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa. O recebedor deverá conferir o pedido de compra, onde

então, se inicia a conferência dos itens recebidos a fim de confrontar os dados contidos na nota fiscal com os dados do pedido de compra.

Neste contexto o Almoxarifado será responsável pelos recebimentos dos insumos não médicos e a CAF todos os insumos médicos (materiais e medicamentos). No ato do recebimento deverão ser avaliados os seguintes dados:

- Natureza da operação;
- Data de emissão da nota fiscal;
- Dados cadastrais do fornecedor e da unidade requisitante;
- Especificação dos itens;
- Quantidade;
- Preço unitário e total;
- Pontualidade na entrega;
- Condição de pagamento.

Recebimento de Patrimônios

Para os bens duráveis (Patrimônio) se estabeleceu que, todo material durável recebido com valor superior a um valor teto a ser estabelecido pelo IMED, deverá seguir o seguinte fluxo: comunicar imediatamente a contabilidade sobre a aquisição de Patrimônio, onde será analisada a necessidade de identificar o bem com a plaqueta de Patrimônio no Almoxarifado ou no setor requisitante. Para materiais elétricos a entrega é realizada antes da identificação porque o mesmo se faz necessário a conferência qualitativa - para os bens que não precisam de teste, a identificação é feita no próprio Almoxarifado e entregue posteriormente. Sendo assim, o bem deverá ser incluído no sistema gerando a requisição em três vias, onde duas vias deverão retornar ao Almoxarifado, devendo uma ser arquivada e a outra disponibilizada ao setor contábil, junto com a cópia da nota fiscal. A terceira via ficará de posse do setor requisitante.

Recebimentos de Doações

Para o recebimento de doação a conferência é feita através da nota fiscal de doação e o material físico. A nota fiscal é lançada no sistema informatizado pelo assistente/auxiliar do setor responsável e arquivada.

Armazenamento

Procedimentos técnicos e administrativos que tem por objetivo garantir as condições adequadas de produtos, guarda, conservação, segurança e controle de estoque.

O produto recebido fica segregado até que seja inserido no sistema. Só após poderá ser alocado em seu local correto. A armazenagem é feita seguindo os seguintes critérios:

- O armazenamento deve observar as orientações fornecidas pelo fabricante;
- Os itens deverão ser alocados em locais com identificação coerente com a existente no sistema. Caso haja alteração, o sistema deverá ser atualizado;
- Utilização do espaço corretamente respeitando a distância necessária de altura, distanciamento da parede e teto e empilhamento;
- Devem ser estocados sobre paletes, prateleiras, em local que não receba a luz direta do sol;
- Os medicamentos sujeitos a Controle Especial devem seguir a legislação e devem ser estocados em locais próprios;
- E os produtos termolábeis devem ser estocados no refrigerador, com controle de temperatura;
- Ordenar os produtos conforme nome, lote e validade; afixar em local visível o nome do produto, nº do lote, prazo de validade. Se houver recebimento de dois lotes diferentes do mesmo produto, identificar e estocar separadamente; Datas de validade mais próximas deverão ficar à frente, para que sejam distribuídos primeiramente;

- Não estocar medicamentos diferentes no mesmo palete ou prateleira, assim, evitam-se possíveis trocas na hora da expedição;

- Materiais passíveis de quebra devem ser guardados em local menos exposto a acidentes;

- Manter distância entre os produtos, paredes, tetos e empilhamentos para facilitar a circulação do ar;

- Não colocar diretamente sobre o chão;

- Não misturar com produtos de outra natureza (por exemplo, material de limpeza);

- Manter próximos da área de expedição aqueles com maior rotatividade;

- Os produtos químicos devem ser mantidos em local segregado, longe dos materiais médicos, medicamentos e calor excessivo;

- Armazenamento de medicamentos termolábeis devem dispor de câmaras frias, refrigeradores com temperatura controlada entre 2 e 8ºC, com registro diário. A estocagem deve ser feita separadamente, por lote e prazo de validade, com registro de todas as retiradas. As retiradas devem ser programadas visando diminuir as variações internas de temperatura. Os refrigeradores devem ser mantidos limpos e arrumados, e devem ser utilizados somente para medicamentos. Não devem ser acondicionados alimentos e nem bebidas;

- Deverá ser gerenciado todo o armazenamento de bens, pelo assistente de Patrimônio, a guarda e a distribuição dos bens móveis novos e usados da SES-GO.

Avaliação De Fornecedor

Após a conferência acima descrita, o recebedor inicia a avaliação do fornecedor preenchendo o checklist, onde serão pontuados os seguintes tópicos:

- Pontualidade da entrega;

- Conferência fiscal;

- Conferência da nota fiscal com o pedido de compra (os itens seguintes serão avaliados pelo recebedor físico - conferência física x nota fiscal);
- Data de validade e lote;
- Condições da embalagem;
- Temperatura (quando se tratar de material conservado sob refrigeração);

O auxiliar irá certificar se o prazo de validade se encontra dentro do padrão estabelecido pelo IMED, o qual adota prazo de validade superior a 12 meses do vencimento. Vale ponderar que poderá haver exceções previamente aprovadas para medicamentos em casos pontuais.

Se o material for importado, o rótulo deverá conter as seguintes informações em português:

- Descrição do produto;
- Data de fabricação;
- Data de validade e lote;
- Processo de esterilização (somente para materiais esterilizáveis);
- Número de registro do ministério da saúde ou número de isenção de registro;
- Dados dos fabricantes;
- Dados do distribuidor;
- Nome do responsável técnico;
- Número do registro profissional;
- Se o material for de uso descartável, obrigatoriamente deverá constar: "PRODUTO DE USO ÚNICO" ou" DESTRUIR APÓS O USO".

Caso haja divergência, ainda na primeira conferência ou na

conferência física, o recebedor deverá entrar em contato com o setor responsável pela aquisição, comunicando o ocorrido e visando contato imediato com o fornecedor para regularização da entrega. Não havendo possibilidades de solucionar o problema, a entrega é devolvida imediatamente.

Nos casos de devolução parcial, gera-se a carta de transporte (carta de devolução). A carta é preenchida através de um modelo padrão, inserindo os dados da empresa e o item a ser devolvido. Após o preenchimento é necessário solicitar a validação da carta ao setor financeiro, onde será impressa e assinada por um colaborador da área financeira. A empresa deve ser orientada pela área financeira a conceder desconto do valor em boleto.

Assim, feita a validação, a carta é apresentada em três vias e o motorista responsável por fazer o transporte do material deverá assinar a carta. As três vias da carta de devolução deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- 01 via anexa a nota fiscal;
- 01 arquivada no Almoxarifado;
- 01 enviada com a mercadoria a ser devolvida.

Estando a conferência com o produto físico aprovada pelo checklist de avaliação do fornecedor os materiais serão recebidos e mantidos em local segregado, exclusivo para essa finalidade, e sobre pallets, para que o lançamento da nota fiscal seja realizado. Então, só após o lançamento, o material será armazenado.

A inclusão dos materiais no sistema deverá ser iniciada pelos setores responsáveis por cada recebimento, devendo inserir os itens que são denominados como padrão no estoque e, para os que foram requisitados exclusivamente para determinados setores, deverá ser emitida uma requisição, impressa em duas vias, devendo acompanhar o item até seu setor de destino. O colaborador do setor que retaliar o recebimento deverá assinar e devolver uma via ao Almoxarifado e Patrimônio.

Dispensação e Devolução de Materiais

A dispensação deve suprir as necessidades das unidades de saúde, com vista a evitar atrasos e desabastecimentos:

- Estabelecer e divulgar o fluxo e horários de dispensação;

- Dispensar em quantidades coerentes com consumo do setor, sendo de total autonomia do dispensante a redução nas quantidades requisitadas quando estas forem realizadas excessivamente;

- Transportar adequadamente;

- Controlar a distribuição e manter a situação físico-financeira atualizada e de forma eficiente;

- A periodicidade da distribuição deve considerar a capacidade e condições de armazenamento das unidades, bem como seu potencial de consumo;

- A distribuição deve obedecer à regra "primeiro que vence, primeiro que sai ";

- Estabelecer cronograma de abastecimento para as unidades;

- Definir prazos de requisições; analisar as solicitações do pedido; verificar a quantidade solicitada, estoque existente e consumo, e estoque disponível no Almoxarifado de forma a atender todos setores;

- Após a conferência realizar a distribuição;

- Separar de acordo com as entregas. Não reaproveitar embalagens, nem misturar os lotes.

A dispensação para movimentação do consumo interno ocorrerá por centro de custo. Movimentação por centro de custo é a transação que informa ao sistema a saída de quantidade e valor de material do estoque para consumo dos setores requisitantes da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa. O setor que solicita materiais em centro de custo, deverá realizar a solicitação diariamente, conforme levantamento prévio da necessidade diária, ou de acordo com sua urgência.

- Requisição: o setor solicita a requisição, via sistema informatizado, para o Almoxarifado, Farmácia ou CAF, onde é atendido a requisição e efetuado a saída por meio de baixa no sistema e entregue ao setor solicitante;

- Devolução: o setor solicitante fará a devolução via sistema ao setor dispensante, Almoxarifado, Farmácia ou CAF, sinalizado o motivo da devolução. Essa

devolução permite que o material retorne para o estoque.

Descarte

A perda por vencimento deve ser evitada por se tratar de recursos públicos. Como metodologia de minimizar perdas por esse motivo os setores de Almoxarifado e Farmácia seguirão a estratégia de gestão de estoque pelo método "primeiro que vence, primeiro que sai" (PVPS).

O descarte por motivos justificáveis, como por exemplo a retirada de lotes em circulação por determinação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), deve seguir as orientações dos órgãos públicos responsáveis por estas questões, considerando a proteção ambiental.

Os produtos farmacêuticos (medicamentos vencidos, contaminados, interditados ou não utilizados) são resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido às suas características químicas. Em publicação no D.O.U. de 05/03/2003, a ANVISA estabeleceu através da R.D.C. 33/03 o regulamento técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Pela proposta da ANVISA, os resíduos químicos são classificados em 8 subgrupos. Os medicamentos estão enquadrados nos três primeiros grupos:

- B1) Resíduos de medicamentos e insumos farmacêuticos quando vencidos, contaminados, apreendidos para descarte, parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para consumo que oferecem risco;
- B2) Mesma referência anterior, mas para medicamentos ou insumos farmacêuticos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco; e
- B3) Resíduos ou insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela portaria MS 344/98 e suas atualizações.

O IMED irá estabelecer na unidade a política e sistema de gerenciamento de resíduos para, entre outros, submeter os resíduos do tipo B ao tratamento e à disposição final específica, segundo exigências e instrução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Para tanto será consultada a norma da ABNT NBR 12.808/93 e RDC nº 222/2018 que abordam acerca do manejo dos resíduos de serviços de saúde.

O sistema de gerenciamento de resíduos irá abordar, minimamente, os seguintes itens:

- Identificação dos resíduos produzidos e seus efeitos na saúde e no ambiente;
- Levantamento sobre o sistema e disposição final para os resíduos;
- Estabelecimento de uma classificação dos resíduos segundo uma tipologia clara, que seja conhecida por todos;
- Estabelecimento de normas e responsabilidades na gestão e eliminação dos resíduos;
- Estudo de formas de redução dos resíduos produzidos;
- Utilização, de forma efetiva, dos meios de tratamento disponíveis.

Serviço de Assistência Especializada (SAE)

Serviço de Assistência Especializada é um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV é a sigla em inglês) ou Aids e Hepatites Virais. O objetivo da SAE é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de articulações da equipe multidisciplinar, com a finalidade de prestar assistência clínica, terapêutica, farmacêutica e psicossocial, em nível ambulatorial. O ponto fundamental da SAE é a criação de vínculo do paciente a uma equipe multidisciplinar fixa, conforme o planejamento assistencial da Policlínica, que o acompanhará ao longo de sua doença. A assistência farmacêutica estará articulada com a SAE por meio da realização das seguintes atividades:

- Prestar assistência farmacêutica ao paciente com HIV/Aids e Hepatites Virais, com ênfase na adesão e uso correto dos medicamentos;
- Dispensar os medicamentos padronizados para HIV/Aids, tuberculose, hepatites virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ITS), conforme solicitações médicas, obedecendo os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, à logística de

insumos, por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e à otimização de recursos;

- Dispensar os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF);
- Direcionar pacientes para aplicação de CEAF injetáveis junto a equipe de enfermagem;
- Cumprir com as determinações da Equipe Técnica da Gerência da Assistência Farmacêutica (GERAF/SPAIS/SES) acerca da distribuição dos medicamentos do SAE na Policlínica;
- Receber, armazenar e dispensar os medicamentos sob sua responsabilidade conforme legislação sanitária vigente e as Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação de Medicamentos;
- Qualificar continuamente a equipe de farmacêuticos com técnicas e diretrizes norteadoras para a realização de consultas de assistência farmacêuticas de forma qualificada e eficaz, sempre com foco holistico no paciente;
- Manter disponível carrinhos de emergência completos e com insumos dentro da validade mínima de 30 dias em locais estratégicos da Policlínica.

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

A dispensação dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) deverá ser realizado no âmbito do Serviço de Assistência Especializada (SAE) e será realizado pela Farmácia Ambulatorial com o devido registro no prontuário eletrônico do paciente pelo farmacêutico responsável e baixa em sistema.

. A dispensação dos CEAF seguirá o procedimento operacional padrão abaixo:

- Acessar o Sistema de Dispensação de Medicamento do Componente Especializado - SDME;
- Fazer o balanço no final do turno matutino as 12h00-13h00 e vespertino as 16h15min as 17h00min;

- Abrir o "Mapa de Movimentação" do sistema SDME. Clicar na aba "Relatórios", "Movimentação", "Mapa de Movimentação de Medicamento" selecionar o guichê, o turno e a data atual;

- Contar e conferir o estoque físico do armário e/ou refrigerador com o estoque virtual do sistema SDME para cada medicamento;

- Caso o estoque físico coincida com o estoque virtual do sistema SDME coloque "C" na quantidade impressa;

- Caso o estoque físico não coincida com o estoque virtual do sistema SDME, anotar a quantidade contada e conferida no relatório impresso e procurar a origem do erro para que o mesmo possa ser corrigido. Na indisponibilidade de encontro do erro comunicar a direção da unidade para demais providências;

- Separar, e agrupar as Receitas de Controle Especial, as Notificações de Receita e Vales de Receitas dispensadas por princípio ativo, concentração e em ordem crescente de quantitativo dispensado;

- Identificar as Receitas de Controle Especial e as Notificações de Receita (A e B) com a etiqueta correspondente por princípio ativo e concentração, informar a quantidade dispensada no turno matutino ou vespertino, rubricar e datar (função privativa do farmacêutico);

- Conferir para cada medicamento de Controle Especial o princípio ativo, a concentração e a quantidade a ser dispensada. Realizar baixa do medicamento em sistema;

- Guardar os mapas de movimentação de medicamento de cada turno por ordem cronológica na pasta destinada a esse fim.

CONTROLE DE ESTOQUE DO ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

A atividade tem por objetivo manter informação confiável sobre níveis e movimentação física e financeira de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento do sistema.

O controle de estoque é fundamental para:

- Garantir a qualidade do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica;
- Subsidiar as atividades da Assistência Farmacêutica na programação, aquisição e distribuição;
- Assegurar o suprimento, garantindo a regularidade do abastecimento;
- Estabelecer quantidades necessárias e evitar perdas;
- Ter procedimentos operacionais da rotina (procedimentos operacionais padrão) por escrito;
- Ter registros de movimentação de estoque;
- Fornecer informações precisas, claras e a contento, com rapidez, quando solicitadas;
- Manter controle e arquivo dos dados organizados e atualizados.

O estoque dos bens permanentes ficará sob a responsabilidade do assistente de patrimônio, que fixará placas com o número do Patrimônio nos respetivos bens (tombo), conforme codificação liberada pela Secretária de Estado de Saúde de Goiás (SES-GO). Por meio deste patrimoniamento será gerenciado o estoque de bens da unidade.

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.

No Almoxarifado, Farmácia e Patrimônio existem produtos que são imprescindíveis para o atendimento ao paciente, sendo que o grau para sua disponibilidade deve ser de imediato, tendo a necessidade da existência de um estoque mínimo mesmo que não exista a movimentação do material. Por esse motivo, haverá a previsibilidade de consumo e, para isso, será pago um preço pela disponibilidade do produto que não é consumido de forma constante. Essas particularidades dificultam, assim, o bom gerenciamento do estoque com relação a custos, mas garante a disponibilidade do insumo para a assistência rápida ao paciente nas situações necessárias.

As falhas nos processos geram muitos problemas para uma instituição e problemas relacionados à compra de materiais em excesso, quando comprado em demasia, ou a sua falta, quando comprado sem previsão e planejamento, geram insustentabilidade e aumento de despesa. A falta de material gera perda de lucro e descontinuidade no atendimento ao paciente. Em suma, 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, itens estes com relação direta com a prática assistencial, assim como itens que compõem a cadeia de produção e execução de serviços em uma unidade de saúde (materiais de escritório, expediente, etc.).

Indicadores

Mensalmente será mensurado os indicadores de desempenho do processo da assistência farmacêutica, a saber: taxa de acuracidade de estoque e percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês. Outros indicadores poderão ser estruturados pelo serviço para avaliação de outros tópicos da performance do processo.

A taxa de acuracidade de estoque tem por objetivo monitorar a exatidão do estoque de medicamentos gerenciados pela Farmácia. A avaliação da acuracidade indica se o estoque e as compras estão coerentes com a realidade da instituição e se há falhas durante o processo de controle de estoque.

Taxa de acuracidade = [Nº total de medicamentos contados com estoque em conformidade / Nº total de medicamentos padronizados contados] x 100

O percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês permite avaliar a performance assistencial no tangente da assistência prestada pelos farmacêuticos atuantes na unidade.

% = [Quantitativo de consultas farmacêuticas realizadas a pacientes do CEAF/ Total de processos de medicamentos do CEAF atendidos no mês] x 100

Inventário Físico de Materiais

Inventário físico é a ferramenta de controle para verificação dos

saldos dos estoques do Almoxarifado/Farmácia deve ser realizado periodicamente. A contagem periódica dos itens é utilizada para realizar os ajustes necessários no estoque físico e virtual ao longo dos meses e minimizar as inconsistências ao longo do ano. O inventário rotativo deverá ser realizado mensalmente para 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.

Caso haja divergências entre os dados registrados com as informações referentes à contagem física dos materiais, será necessário analisar e definir um plano de ação para reduzir as divergências. Estabelecer normas e rotinas para as atividades de inventário dos bens, periodicamente.

Elementos de Previsão de Estoque

Para manter um dimensionamento correto dos estoques que atendam às necessidades, com regularidade no abastecimento, recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos:

- Consumo médio mensal (CMM) – é a soma do consumo utilizados em determinado período dividida pelo número de meses da sua utilização. Quanto maior o período de coleta de dados, maior a segurança nos resultados;

- Estoque mínimo (EMI) – é a quantidade mínima a ser mantida em estoque para atender o CMM, em determinado período, enquanto se processa o pedido de compra, considerando-se o tempo de reposição de cada produto;

- Estoque máximo (EMX) – é a quantidade máxima que deverá ser mantida em estoque, que corresponde ao estoque de reserva, mas a quantidade de reposição;

- Tempo de reposição (TR) – é o tempo decorrido entre a solicitação da compra e a entrega do produto, considerando a disponibilidade para a dispensação. Os novos pedidos são feitos quando se atinge o Ponto de Requisição. A unidade de cálculo do TR (Tempo de Reposição) é o mês. Se determinado medicamento demora 15 dias entre o pedido da compra e a entrega pelo fornecedor, o TR será igual a 1/2 (meio mês). Se demorar uma semana, TR será 1/4. Se demorar um mês, TR será igual a 1. Se levar 2 meses, TR será 2.

- Ponto de reposição (PR) – é a quantidade existente no estoque, que determina a emissão de um novo pedido;

- Quantidade de reposição (QR) – é a quantidade de reposição de medicamentos que depende da periodicidade da aquisição.

QR = (CMM x TR + EMI) – EA

EA = estoque atual

Autoinspeção e Organização de Documentos do Almoxarifado, Farmácia e Patrimônio da Policlínica

Os procedimentos de autoinspeção ocorrerão de forma periódica, conforme cronograma pré-estabelecido pelo coordenador para cada área com auditoria dos registros de monitoração, conforme legislação vigente.

O coordenador das áreas instituira o método de organização dos registros de movimentação e das irregularidades organizados para rápido acesso à informação quando solicitada. Será estabelecido metodologia de rastreabilidade dos produtos de modo a possibilitar a sua localização, com vistas a um processo eficaz de intervenção, retirada ou devolução nos casos necessários.

A confecção dos procedimentos operacionais padrão, rotinas e fluxos serão de incumbência do coordenador das áreas, o qual deverá submeter esses documentos para validação junto ao serviço de Qualidade e posteriormente disponibilizar os arquivos em meio digital e/ou físico para leitura e consulta pelos colaboradores.

BENS PERMANENTES DO ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO DA POLICLÍNICA

Quando um material permanente for recebido definitivamente, o Almoxarifado deverá encaminhar uma via da nota fiscal à unidade de Patrimônio no prazo máximo de 1 dia (útil) para o devido patrimoniamento.

Ao receber bens móveis, primeiramente será realizada a conferência entre o pedido e a nota fiscal, depois será feita a conferência do bem, onde seguirá a seguinte ordem, conferir se a embalagem está violada, quantidade, condições físicas e se contém todos

os acessórios conforme nota fiscal.

Deve ser caminhado para SES a nota fiscal, ofício com dados do material recebido e local onde esse item será colocado. A SES enviara de volta um termo de responsabilidade do bem, onde o Diretor da unidade irá assinar tendo ciência e assumindo responsabilidade do material permanente na unidade.

Será escaneado esse termo de responsabilidade e encaminhado, por e-mail para SES-GO, e levado cópia física do documento para o Almoxarifado da SES-GO, onde será confeccionada as etiquetas com a numeração do tombamento disponibilizado pela secretaria.

Tombamento dos bens móveis patrimoniais que tenham ingressado na unidade terão obrigatoriamente o número de registro (tombamento) antes de serem utilizados/distribuídos. Ao início de todos os meses, será enviado uma planilha de bens adquiridos no mês anterior, para ser adicionada ao portal da transparência. Essa planilha deverá conter informações como: descrição, especificação, quantidade, marca, estado de conservação, localização, número de série, nota fiscal, data da aquisição e valor da aquisição.

Toda vez que houver necessidade de movimentação de bens, o responsável do setor deverá solicitar a movimentação via chamado, do item desejado, após a realização do chamado via sistema é emitido o termo de autorização ao qual especifica a mudança de local do Patrimônio, sendo emitido também novos termos de responsabilidades de bens móveis, onde cada setor envolvido assina e fica com uma via.

Sobre a movimentação de bens móveis de empresas terceirizadas, todos os equipamentos e mobiliários de terceirizados alocados em nossa unidade, que necessite de manutenção externa ou troca por outro melhor ou equivalente. Só poderá deixar as dependências da unidade após preencher o formulário e assinatura do responsável pelo patrimônio, engenheiro clínico e responsável pela empresa terceirizada responsável pela retirada. Ficando uma via com a empresa terceirizada e no setor de patrimônio da unidade. Ressalta-se que a liberação na guarita também só ocorrerá mediante a apresentação do formulário e ficha de liberação.

NORMAS PARA O ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Limpeza e Conservação do Almoxarifado, Farmácia e Patrimônio da Policlínica

O local de trabalho e as áreas de recebimento e armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de poeiras, sujidades, insetos e roedores. Será mantido cronograma de dedetização e desratização junto ao SESMT para minimizar risco de proliferação destes vetores.

Os colaboradores seguirão as normativas estabelecidas pela Norma Reguladora nº 32 a qual trata das boas práticas nos estabelecimentos de saúde. Todos os trabalhadores deverão utilizar uniformes e crachá de identificação.

Os resíduos gerados serão segregados de acordo com o programa de gerenciamento de resíduos da unidade.

Segurança dos Trabalhadores Almoxarifado, Farmácia e do Patrimônio da Policlínica

Medidas apropriadas serão desenhadas e implantadas em conjunto com o Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) após devida inspeção das áreas com elaboração do mapa de risco atrelados aos riscos ocupacionais inerentes a função.

O SESMT será responsável por disponibilizar os equipamentos de proteção individual e coletiva de acordo com as necessidades da área. É indispensável instalação adequada de equipamentos contra o incêndio.

Normas Administrativas

Todos os colaboradores atuantes nos setores de Almoxarifado, Farmácia e Patrimônio cumprirão as normativas abaixo:

- O horário de trabalho estabelecido deverá ser cumprido;
- Os funcionários trabalharão devidamente uniformizados;
- As permissões de saída (para locais externos) deverão ser autorizadas por escrito pelo encarregado do serviço;
- As saídas internas, a serviço ou não, deverão ser sempre comunicadas ao encarregado ou colega de trabalho, nunca deixando o setor sozinho;

- A entrada de pessoas estranhas ao serviço, deverá ser autorizada pelo encarregado;

- As horas extras, se necessárias, deverão ser autorizadas previamente, por escrito, pelo Coordenador Administrativo da unidade;

- Os documentos inerentes ao Serviço, tais como: pastas, livros etc., só poderão ser retirados do setor com autorização da Coordenação;

- Nenhum material poderá ser retirado do Almoxarifado sem correspondente requisição;

- A quantidade de material entregue ao requisitante não poderá ser maior que a estabelecida na requisição;

- Não deverão ser atendidas as requisições emitidas pelos setores fora dos dias e horários pré-estabelecido para cada setor, exceto em caso de emergências;

- Os funcionários do Almoxarifado atenderão ordinariamente apenas as requisições dos serviços requisitantes.

Normas Técnica para Estocagem de Tintas, Esmaltes e Vernizes

Para armazenamento deste tipo de insumo serão certificadas e atendidas as seguintes normas:

- A área destinada a estes materiais deverá ser limpa bem ventilada e não sujeita a calor excessivo, centelhas ou ação direta dos raios solares;

- Deverão ser mantidos em suas embalagens originais até sua utilização;

- Deverão ser estocados em estantes ou estrados localizados no piso inferior das instalações do Almoxarifado e possivelmente isolados de outros materiais.

Normas Técnicas para Guarda de Inflamáveis

Para armazenamento deste tipo de insumo serão certificadas e atendidas as seguintes normas:

- A área destinada a estocagem de inflamáveis, quando situada ao ar livre, deverá ser perfeitamente delimitada e isolada;

- Quando situada em edificação, deverá ser bem arejada, ter piso, paredes e teto de material não combustível e com taxas de resistência a fogo não inferior a 2 horas;

- Os líquidos inflamáveis deverão ser embalados em tambores ou outros recipientes portáteis fechados, cuja capacidade não exceda a 226 litros;

- Os recipientes de líquidos dos inflamáveis deverão ser estocados sobre estrados ou armação especial, obedecendo o disposto na NB - 98 da ABNT.

Normas Técnicas para Estocagem de Tambores e Barris

Para armazenamento deste tipo de insumo serão certificadas e atendidas as seguintes normas:

- Os tambores devem ser guardados de forma deitada e presos com calços de madeira na camada de baixo;

- Quando os tambores estiverem vazios e a quantidade for elevada a pilha terá de preferência formato de uma pirâmide;

- Os barris podem também ser empilhados de pé em camadas desencontradas, como tábua ou prancha entre uma camada e outra.

Normas Técnicas para estocagem de materiais Retangulares

Para armazenamento deste tipo de insumo serão certificadas e atendidas as seguintes normas:

- Todos os volumes devem ter tamanhos uniformes;

- As caixas de papelão não devem ser depositadas em local

úmido;

- Convém deixar metade da largura de cada caixa ou material retangular para fora em toda a sua volta, de cada cinco corridas de altura.

Normas Técnicas para Guarda de Sacarias

Para armazenamento deste tipo de insumo serão certificadas e atendidas as seguintes normas:

- Sacarias em geral (arroz, feijão, açúcar, trigo etc.);
- Sua guarda será feita em estrados de material em pilhas "armadas";
- Pilha deverá ficar no mínimo 0,50 cm da parede, as bocas dos sacos deverão ficar voltadas para dentro da pilha.

1.1.3.4 - Proposta de Manual de rotinas para Administração Financeira

O objetivo do Departamento Financeiro é administrar os recursos próprios ou oriundos de Contratos/Convênios, manipulando as operações financeiras de rotina, tais como a negociação de contratos, o controle das contas a pagar e receber, a gestão do fluxo de caixa, a manutenção do capital de giro, bem como a administração e a guarda correta dos documentos financeiros e contábeis da unidade.

Além disso, uma boa Administração Financeira deve:

- Gerenciar as atividades relacionadas a faturamento, finanças e planejamento orçamentário, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, de acordo com a legislação vigente;
- Efetuar análise de suprimento de fundos concedidos para fins de aprovação ou não;
- Contabilizar atos e fatos administrativos;
- Colaborar com auditores interessados e habilitados a analisar as contas da Policlínica.

Dessa maneira, esse documento será um guia para o acompanhamento financeiro da operação da Policlínica de Formosa, mostrando seus principais processos, atividades e tarefas de forma clara e objetiva no que diz respeito ao gerenciamento das entradas e saídas de valores financeiros oriundos da operação diária, tanto das demandas internas relativas ao completo suporte ao bom atendimento, quanto das atividades adicionais mencionadas no escopo a seguir.

Face a importância do acompanhamento financeiro da operação das entradas e saídas financeiras, será obrigatória a observação das normas e processos visando a transparência nos aspectos das transações correntes.

ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

Apresenta-se, a seguir, a sequência do processo de acompanhamento financeiro.

Tesouraria

A tesouraria é o setor de uma empresa responsável pela entrada e saída de recursos financeiros, mantendo a organização dos gastos e dos rendimentos.

1) Acompanhamento das Entradas

- 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 programação financeira, para serem assinados pela Gerência/Diretoria;
- Elaborar o Planejamento de Entradas – com perspectiva para 90 dias - e alimentar o Fluxo de Caixa;
- Realizar o monitoramento das entradas de recursos sob a perspectiva cronológica, consolidando com a perspectiva do planejamento;
- Checar o recebimento dos valores contratuais, considerando as datas regulares acordadas;
- 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.

2) Acompanhamento das Saídas

- Avaliar o fluxo de caixa consolidado, visando obter cenários e perspectivas, considerando as obrigações – pagamentos – a serem realizados;
- Receber inputs dos setores de Compras, Recursos Humanos e Operacional, visando construir cenários de fluxos de caixa;
- Elaborar o Planejamento das Saídas – com perspectiva para 90 dias - e alimentar o Fluxo de Caixa;
- Examinar os pedidos de liberação de recursos;
- Controlar as contas, enquadramentos legais, liquidações contábeis e das conciliações

contábeis e financeiras;

- Efetuar recolhimentos de todos os impostos correspondentes com emissão de guias;
- Emitir Guia de Recolhimento da União para fins de depósitos bancários;
- Informar a Diretoria das discrepâncias observadas, através de relatórios regulares;
- Realizar o pagamento de fornecedores e prestadores de serviços;
- Realizar o pagamento de Folha de Pessoal;
- Envio de notas de serviços ao setor contábil para gerar guias para recolhimento dos impostos.

3) Atividades não correlatas as Entradas e Saídas

- Realizar conciliação bancária semanalmente;
- Elaborar as Prestação de Contas;
- Realizar reuniões periódicas para avaliação e correção do Fluxo de Caixa com a Diretoria/Gerência;
- Arquivar a documentação de suporte das operações efetuadas;
- Imprimir e verificar não conformidades das notas para pagamento de fornecedores/prestadores;
- Conferir e controlar os processos pagos;
- Inserir informação dos pagamentos efetuados no sistema informatizado;
- Enviar documentos pertinentes à movimentação contábil ao setor competente.

4) Processo de Faturamento

Baseado em relatórios emitidos no sistema de gestão hospitalar, juntamente com informações constantes no Ministério da Saúde - DATASUS e, após uma análise das informações fornecidas no BPA, emitir o relatório de faturamento, que permitirá acompanhar se a média de atendimentos ficou dentro da normalidade, conforme histórico e elaborar relatórios com os atendimentos da unidade por especialidade.

O Faturamento é responsável pelo processamento das faturas da unidade, tendo a finalidade de realizar o mapeamento e a consolidação das planilhas de produção para convertê-las em receitas, sob os valores da Tabela Unificada SUS

Controle Interno

Área responsável pela elaboração das normas e processos relacionados direta ou indiretamente às atividades que envolvam recursos financeiros da Instituição. Tem como objetivo normatizar as relações de colaboradores envolvidos ou não com:

- Despesas gerais (administrativas e operacionais);
- Despesas extraordinários;
- Políticas e Autonomias;
- Alçadas de Aprovações;
- Revisão dos limites de Alçadas para Aprovações, regularmente;
- Elaboração de auditoria interna, considerando a inter-relações financeiras e operacionais;
- Fiscalização e aprimoramento do processo de controle interno;
- Segregação de funções (autorização, execução, registro, controle);
- Controles de acesso a recursos e registros;
- Conciliações;
- Avaliação das operações, processos e atividades.

Orçamento e Custos

Área responsável por elaborar estudos e orçamentos visando suportar as atividades mensais, envolvendo uma visão de curto, médio e longo prazo. Área de

suporte às demais, propiciando uma leitura futura no momento atual através de cenários previamente elaborados.

Responsável por apoiar as áreas:

- Suprimentos, na elaboração do Planejamento de Compras;
- Operacional, na elaboração de Estatísticas com os dados operacionais;
- Financeira, na elaboração de Orçamentos;
- Diretoria/Gerência, no suporte a decisão através de estudos inter-relacionados com as áreas citadas;
- Coletar dados para elaboração da proposta orçamentária;
- Solicitar revisões e reajustes orçamentários sempre que necessário.

Suprimentos

Área responsável por receber as demandas operacionais e administrativas provenientes a Policlínica, tendo como objetivo realizar cotações, solicitar aos fornecedores a entrega do referente pedido ou aos prestadores de serviços o envio da proposta técnica e comercial dentro do prazo e especificações requeridas, elaborar os mapas de compras e contratação de terceiros que serão enviadas para aprovação, além da gestão dos contratos de prestação de serviços em si e suas responsabilidades.

Este setor é responsável por todas as compras realizadas pela instituição, deve desenvolver suas atividades acompanhando instruções de trabalho e a lista de padronização elaborada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, adotando a metodologia da curva ABC, além de aplicar critérios de qualificação dos fornecedores, visando sempre à aquisição do produto mais adequado, com o menor preço.

Responsável por:

- Desenvolver novos fornecedores, juntamente com a equipe técnica da unidade;
- Implantar e manter o cadastro de fornecedores atualizado;
- Elaborar projetos básicos/termos de referência para a aquisição de bens ou serviços;

- Receber as demandas para elaboração dos mapas de cotação;
- Realizar as cotações com no mínimo três fornecedores/competidores;
- Requerer as aprovações necessárias às compras;
- Manter relatórios atualizados com os dados referentes às aquisições realizadas;
- Elaborar estudos estatísticos com o suporte da Área de Orçamento e Custos, visando elaborar compras inteligentes (melhores condições – preço, produto e atendimento/suporte);
- Receber as notas fiscais e relatórios de atividades dos prestadores de serviços juntamente com os documentos requeridos em cada contrato em específico e enviá-los ao gestor de contratos de prestação de serviços;
- Promover a gestão dos contratos firmados, administrando sua vigência, alterações e eventos pertinentes;
- Solicitar às áreas demandantes a indicação de fiscais de contrato, mantendo cadastro de fiscais atualizado;
- Gerir os Contratos de Prestação dos Serviços, visando obter a melhor performance do prestador do serviço, monitorando a pontualidade e as metas de qualidade através dos relatórios de atividades e seus documentos, os quais devem ser enviados pelo prestador juntamente com as notas fiscais e documentos específicos solicitados em cada contrato;
- Realizar os procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções administrativas referentes a irregularidades no cumprimento dos contratos.

Contabilidade

Área responsável pela escrituração de todos os documentos fiscais e tributáveis, oriundos das operações de compra e consumo interno, pelo cálculo de impostos e emissão das guias para pagamento dentro do prazo legal para acolhimento, contabilização de todos os documentos fiscais, trabalhistas e financeiros, preparação do Balanço Patrimonial e Demonstrativo de Resultados ao final de cada ano fiscal.

Responsável por apoiar as áreas:

- Financeira, na apuração dos valores a pagar de impostos, tributos e encargos sociais;
- Auditoria externa, no sentido de dirimir as dúvidas apontadas e solver os pontos discrepantes;
- Auditores, interessados e habilitados a analisar as contas da unidade;
- Preparar a folha de pagamento e seus respectivos encargos;
- Preparar e enviar as Obrigações Acessórias junto a Secretaria da Receita Federal e demais órgãos da administração pública;
- Receber e escriturar as notas fiscais para cumprir as obrigações fiscais acessórias;
- Efetuar os lançamentos fiscais do estoque com base nas informações recebidas do setor competente;
- Classificar e contabilizar os documentos pagos (notas e comprovantes) conforme natureza em sua devida conta contábil;
- Preparar o Balanço Patrimonial e Demonstrativo de Resultados.

GESTÃO DE CUSTOS

Apresentamos à Policlínica de Formosa uma proposta para Gestão de Custos visando a implementação de um programa de custos para a unidade, juntamente à Consultoria Planisa, em consonância com o Programa Nacional de Gestão de Custos, desenvolvido pelo Ministério da Saúde; em atendimento às Agências de Acreditação; e outros estudos e dissertações na área em questão. O programa a ser apresentado pelo IMED para a gestão de custos não limitará apenas a contabilidade de custos para fins fiscais, este programa servirá, principalmente, como uma ferramenta gerencial para a tomada de decisão.

Segundo Ray*, qualquer serviço ou produto hospitalar tem entre 20% a 30% de custos desnecessários, cujos recursos não adicionam valor e, portanto, poderiam ser eliminados sem afetar seus atributos.

** RAY, B. Value engineering: a practical approach to managing cost in critical care. Health administrator. New* Delhi. Issue *1,*

A proposta possibilitará:

- Estimar os custos de um novo serviço e/ou procedimento a ser disponibilizado para o público-alvo;
- Calcular os custos dos serviços prestados relacionados à atividade produtiva;
- Analisar e realizar a comparação de custos de produtos e serviços entre a Policlínica e outras instituições;
- Auxiliar o gerenciamento dos resultados, subsidiando uma melhor tomada de decisão, definições orçamentárias para cada setor, políticas de investimentos e o planejamento de atividades operacionais;
- O cálculo dos custos por procedimentos e dos custos máximos admissíveis, permitindo maior exatidão no planejamento financeiro;
- O direcionamento do trabalho, identificando tarefas ou processos redundantes;
- A integração da gestão de custos com as comissões, áreas responsáveis pela elaboração dos protocolos de atendimento, buscando na padronização dos protocolos o menor custo possível sem desprezar a qualidade;
- A identificação de instalações e espaços ociosos e até mesmo no nível de atividade da Policlínica, com vistas à expansão do nível de atendimento para uma maior parcela do público-alvo.

O programa proposto também terá a preocupação de fornecer a todos os setores da Policlínica, informações referentes aos seus recursos, independente da natureza produtiva, disseminando a importância de gerir estes recursos de forma eficiente e eficaz, despertando assim a corresponsabilidade no exercício de um efetivo programa de acompanhamento e redução dos custos.

Definições

Centro de custos - setor de uma instituição que possui gastos mensuráveis. Podem ou não acompanhar o organograma da instituição, sendo por vezes necessário agrupar ou separar determinados setores para apuração dos custos.

Custo - é tudo que é gasto, direta ou indiretamente, na produção de um bem (produto) ou na prestação de um serviço.

Custo direto - custo apropriado diretamente ao produto ou serviço prestado, não sendo necessária nenhuma metodologia de rateio. É apropriado aos produtos ou serviços por meio de alguma medida de consumo.

Custo fixo - custo independe do volume de produção, que não é passível de alteração em curto prazo.

Custo indireto – parcela do custo total que não pode ser identificada diretamente em um produto ou serviço específico, por depender dos critérios de rateio e está relacionada com um ou mais produtos ou serviços.

Custo marginal - aumento que experimenta o custo total, decorrente de acréscimo de uma nova unidade, no volume de produção.

Custo médio unitário - custo total dividido pela quantidade produzida em um determinado período. Pode ser obtido em relação ao custo direto, indireto e total.

Custo não-operacional - custo obtido no somatório dos gastos efetivados pela unidade e não computados no cálculo do custo operacional.

Custo operacional - valor dos recursos consumidos, na atividade fim de cada centro de custos e/ou de toda instituição, em um determinado período.

Custo total - é o resultado do somatório dos custos diretos e indiretos de todas as unidades de um mesmo bem ou serviço produzidas durante determinado período de tempo.

Custo variável - custo que é passível de alteração em curto prazo. Esse custo modifica-se proporcionalmente ao volume produzido e que, somado ao custo fixo, constitui-se no custo total de um determinado serviço/produto.

Depreciação - é uma forma de recuperação do valor do investimento pelo uso, dividindo o valor pago pelo equipamento (mais sua instalação) pelo seu tempo de vida útil.

Desembolso - pagamento propriamente dito. O gasto desembolsável faz com que o dinheiro saia da organização e vá para outra organização ou funcionário, etc.

Despesa - montante de recursos gastos, num determinado período, que não está diretamente relacionado com a atividade fim. A despesa pode ser apropriada ou não, no produto/serviço,

sob a forma de custo indireto.

Gasto - é a palavra usada para representar genericamente os investimentos, as despesas e as perdas, além dos custos. O desembolso e o recebimento são palavras reservadas para, como o próprio nome diz, saída e entrada de dinheiro na organização.

Gestão de custos - ação de gerir meios e recursos técnicos, metodológicos e funcionais, para gerar informação sobre custos e subsidiar a avaliação de desempenho.

Grupos de centros de custos - agrupamento dos centros de custos que desenvolvem funções semelhantes.

Investimento - é toda aquisição de equipamentos, materiais (insumos) utilizados na prestação de serviços ou na produção de um bem (produto), aquisição e/ou adequação de infraestrutura (predial, tecnológica), dentre outros, buscando um ganho maior de resultados.

Perda - como o próprio nome diz, é o recurso financeiro dispendido no consumo de um bem ou serviço consumido de forma anormal. Podem ocorrer de forma não intencional ou como resultado da atividade produtiva da organização.

Preço - valor monetário por meio do qual um bem ou um serviço é comprado e/ou vendido.

Rateio - distribuição proporcional de custos indiretos da produção de bens e serviços.

Receita - entrada de valores para o ativo, sob a forma de dinheiro ou direitos a receber.

Sistema de custos - aplicativo que reúne e transforma dados, em informação gerencial.

Tipos de centros de custos - classificação dada, conforme características, ao grupo de centros de custos que executam atividades similares.

Conceito de contabilidade de custos

A contabilidade de custos corresponde à especialidade da Contabilidade que trata da gestão econômica de custos.

Leone* define Contabilidade de Custos como "o ramo da Contabilidade que se destina a produzir informações para os diversos níveis gerenciais de uma entidade, como o auxílio às funções de determinação de desempenho, de planejamento e

controle das operações e tomada de decisões".

* *LEONE, George Sebastião G. Curso de Contabilidade de Custos. São Paulo: Atlas.2000.*

A Contabilidade de Custos passou de ferramenta de mensuração e controle de custos e lucro, para um instrumento fundamental para tomada de decisões gerenciais e de gestão empresarial. Assim, em um ambiente em constante transformação, de inovações tecnológicas e com a necessidade de assistência médica cada vez maior nas instituições de saúde, a Contabilidade de Custos avançou na utilização e na importância gerencial da teoria contábil e das tecnologias nas prestações de serviços de saúde, resultando no desenvolvimento de diferentes sistemas, métodos de custeio, critérios de atribuição de custos e tipos de custos.

O programa proposto pelo IMED utilizará na Policlínica as teorias mais relevantes da Contabilidade de Custos para o processo de planejamento das ações e respectivo controle, servindo como suporte ao processo decisório de acompanhamento e redução dos custos em saúde.

Funções do programa de gestão de custos na Policlínica de Formosa

O programa de Gestão de Custos na Policlínica de Formosa irá desempenhar as seguintes funções:

- Assistência na tomada de decisões: o sistema de custos proporcionará segurança para o administrador tomar decisões táticas e estratégicas;
- Controle de custos: demonstrará se os custos estão dentro dos parâmetros aceitáveis;
- Redução de custos e eliminação de desperdícios: em virtude dos demonstrativos, o administrador será capaz de visualizar onde estão ocorrendo os desperdícios, reduzindo os custos, aprimorando e pondo em prática o Programa proposto para esta Instituição;
- Comparação de processos de produção e dos seus custos: permitirá realizar comparações dos custos de produzir todos os serviços na própria unidade com os custos dos mesmos serviços se repassá-los para outras empresas (terceirização), auxiliando na tomada de decisão estratégica;
- Planejamento dos serviços: colaborará no estabelecimento de orçamentos, custo máximo admissível e custo estimado;

- Avaliação de estoques: valorizará os estoques da Policlínica;
- Separação dos custos: os custos referentes a cada centro de custos da Policlínica (administrativo, intermediário e final) poderão ser controlados separadamente.

Tipos de sistemas de custeio existentes nas unidades de saúde

Existem vários tipos de sistemas de custeio. Apresentaremos os que são mais utilizados nas instituições de saúde e, por fim, o tipo de custeio a ser utilizado como metodologia para a efetivação do programa, juntamente com a Consultoria Planisa.

Os tipos de sistemas de custeio são:

- Custeio Direto ou Variável;
- Custeio Pleno;
- Custeio Baseado em Atividades (ABC);
- Custeio por Absorção.

Custeio Direto ou Variável

Os métodos de custeio direto e variável são tratados pela teoria contábil e na prática como sendo um só, mas em termos teóricos eles diferem no que se refere ao tratamento dispensado às despesas variáveis de vendas, que no método direto são tratadas corretamente como despesas do período, enquanto no método variável assumem uma conotação de custos, ao serem somadas aos custos variáveis de produção e deduzidas das receitas de vendas.

Segundo Camargos e Gonçalves*, no método de custeio direto, inicialmente, classifica-se os custos em indiretos e diretos, mas somente os custos diretos são apropriados aos produtos. Os custos indiretos (CI) não são rateados, mas sim lançados em sua totalidade na DRE, como as despesas. É um método que não é reconhecido pela legislação fiscal. Tem, entretanto, reconhecida importância gerencial, pois fornece informação para criação da margem de contribuição dos produtos em determinado período.

* *CAMARGOS, M. A.; GONÇALVES, M. A. Sistemas de Acumulação de Custos, Métodos de Custeio, Critérios de Atribuição de Custos e Tipos de Custo: uma Diferenciação Didático-Teórica para o Ensino da Disciplina Contabilidade de Custos. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 15.,*

2004, Florianópolis. Anais..., 2004.

Ainda segundo os autores, o custeio variável considera que somente os gastos variáveis (tanto custos como despesas) são apropriados aos produtos. Os custos fixos e as despesas fixas são lançados, em sua totalidade, na DRE. No método de custeio variável, inicialmente, classifica-se os custos em fixos (geralmente custos indiretos) e variáveis (geralmente custos diretos).

Para Martins*, o sistema de custeio direto ou variável tem como fundamento básico a separação dos custos variáveis e custos fixos, sendo apropriado aos produtos e serviços somente os custos que variam com o seu volume de produção, uma vez que os custos fixos são considerados despesas do período, tendo seus valores alocados diretamente ao resultado.

** MARTINS, E. Contabilidade de custos. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2001.*

Trata-se, portanto, de um método que faz a análise dos gastos variáveis (diretos e indiretos, custos ou despesas) e sua confrontação com as receitas, resultando na margem de contribuição (MC) de cada produto. É um método que não é reconhecido pela legislação fiscal. Tem, entretanto, reconhecida importância para fins gerenciais como ferramenta de auxílio à administração para a tomada de decisões.

Custeio Pleno

No custeio pleno, ou RKW, como também é conhecido, além da distribuição dos custos diretos e indiretos aos produtos há a alocação de todas as despesas da empresa, não importando sua natureza. A utilização do custeio pleno apresenta aos gestores o verdadeiro custo de produzir e vender, assim, o preço de venda final seria obtido com a adição do lucro desejado.

Segundo Bonacim e Araújo*, o custeio pleno, muito utilizado no segmento hospitalar, consiste em uma adaptação do custeio por absorção, que estende o cálculo dos custos para a totalidade dos insumos utilizados, independentemente da classificação de custos ou despesas, ou seja, mesmo os custos administrativos são rateados aos serviços.

** BONACIM, Carlos A. G.; ARAÚJO, Adriana M. P. de. Gestão de Custos Aplicada a Hospitais Universitários Públicos: A Experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, 2010.*

A metodologia de custeio por absorção pleno é utilizada nas

unidades de saúde para o cálculo dos custos sob a segmentação de centros de custos, bem como sob a unidade de custeio de procedimentos hospitalares, ainda segundo os autores.

Quando utilizamos o custeio pleno conhecemos o verdadeiro custo de "produzir e vender", desta forma para se obter o preço de venda final bastaria adicionar o lucro desejado da empresa, neste caso por se tratar de uma Organização Social, sem fins lucrativos, neste programa, o lucro desejado será substituído por uma margem de n% para ser utilizada como uma reserva de investimento.

Custeio Baseado em Atividades

O sistema de custeio baseado em atividades – do original em inglês Activity Based Costing (ABC) busca uma visão mais orgânica da instituição na origem e na formação de custos dos eventos, procedimentos, pacotes, recursos, alocações, transações e, principalmente, processos por meio de visão sistêmica. Trata-se da construção do custo e, tal fato, assegura uma abordagem inovadora, e não por funções ou centralizações em áreas administrativas (ou centros de custos), de natureza mais tópica. A partir daí, por meio de refinamentos sucessivos, o ABC cobra o mapeamento desses processos por meio da produção de números e dos mecanismos que conduziram a estes números. Isso o caracteriza no seu desenho fundamental a uma obediência à abstração e à modelagem bottom-up de concepção de sistemas.

O diferencial do sistema de custeio ABC é que a sua utilização, por exigir controles pormenorizados, proporciona o acompanhamento e as correções devidas nos processos internos da organização, ao mesmo tempo em que possibilita a implantação e/ou aperfeiçoamento dos controles internos da entidade.

Na perspectiva do ABC, a visão da organização por áreas (centros de custos ou departamentos) cede lugar à visão por sistemas e processos. O mapeamento dos processos e também o gerenciamento por processos estão em consonância com a abordagem mais eficaz e contemporânea de gestão. Entende-se que os processos executados possuem a realidade objetivamente construída por meio do desempenho das melhores práticas, chegando a um resultado eficiente e eficaz.

O sistema de custeio ABC ainda é muito novo e pouco testado, principalmente no Brasil. (BRASIL*). Além disso, cita Bonacim e Araújo, que é necessário considerarmos que esse sistema de custeio é de difícil implantação nas organizações prestadoras de serviços de saúde em função de seu alto grau de detalhamento. Outro ponto que merece cautela, decorrente do alto nível de detalhamento, é o fato da dificuldade de

controle em empresas que possuem muitas atividades, caso da instituição de saúde quando consideramos os inúmeros processos e procedimentos que compõem a prestação dos serviços.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos – conceitos e metodologia / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Custeio por Absorção

O custeio por absorção será o método utilizado para implantação da Gestão de Custos da unidade. Ele pode ser utilizado como orientador ou condutor da gestão de custos em unidade de saúde. Dessa forma, a escolha do sistema, da metodologia e dos métodos de custeio está atrelada firmemente ao que o gestor dos diversos níveis hierárquicos quer e precisa saber para exercer o planejamento e controle sobre os processos da organização.

A utilização do método de custeio por absorção, na gestão em saúde, cobra certas concessões quanto a sua aplicação e a sua utilização. Logo, as modificações enriquecedoras são bem-vindas na gestão de custos em unidades de saúde, desde que metodologicamente defensáveis.

De forma macro, as etapas de implantação do sistema de custeio por absorção na Policlínica de Formosa deverão, idealmente, estar alinhada aos objetivos estratégicos da organização. As ações para implantação podem ser sintetizadas, de modo geral, nos seguintes passos:

- Segmentação da unidade em centros de custos e a classificação destes quanto as suas funções;
- Definições e classificação de itens de custos, critérios de rateios e de produção, além da forma de alocá-los aos centros de custos;
- Produção das informações de custos – coleta de dados;
- Cálculos – definição da transferência dos custos aos centros de custos finais (ou produtivos) de forma a possibilitar a determinação dos custos unitários dos serviços prestados;
- Produção de relatórios;

- Análise das informações.

O custo criado em uma organização de saúde representa a prestação de um serviço (em alguns casos pode ser a entrega de um produto, como um exame, por exemplo). A prestação de serviço pode ser entendida como o negócio do centro de custos. Ou seja, a segmentação em áreas específicas possibilita uma identificação mais clara da ocorrência do custo, seja ele de um atendimento, de um quilograma de roupa lavada ou de uma refeição servida. Para prestar estes serviços, consome-se hora de profissionais, de equipamentos, de materiais médicos e administrativos, bem como de outros recursos necessários para cumprir o negócio do centro de custos.

O custo dos procedimentos médicos nas unidades de saúde, em condições normais, corresponde a uma sequência de prestações de serviços advindas de uma conjunção organizada de centros de custos.

Centros de Custos

Os centros de custos são necessários quando diferentes produtos usam, de forma distinta, os diferentes recursos disponibilizados pela organização. Neste caso, cada departamento produtivo é um centro de custo produtivo e os custos têm de ser identificados (medidos) para cada um deles (pois eles dispõem de diferentes recursos, que são consumidos de forma distinta pelos diferentes produtos). Em seguida, cada produto, de acordo com seu nível de utilização dos recursos destes centros de custos produtivos absorvem os custos.

Outro ponto importante: departamento (como também área, setor, divisão ou outro nome que se dê) e centro de custo não é a mesma entidade. Para construí-los, não se trata de pegar o organograma e tornar os departamentos em centros de custos. Isto não quer dizer que tal fato não possa ocorrer. Logo, um departamento pode ser um centro de custo, mas não é obrigatório. Assim, centro de custos pode ser um ou mais departamentos devidamente delimitados no organograma da organização ou pode ser um projeto (que terá começo, meio e fim) ou um equipamento ou máquina (uma caldeira, por exemplo) poderá ser um Centro de Custos.

Os centros de custos ou centros de responsabilidade são definidos como "tudo aquilo ou algo que mereça a atenção do gestor" e não precisa ser, necessariamente, um departamento (ou setor ou área organizacional). Desta forma, a

estruturação da organização em centros de custos visa atender ao interesse estratégico e gerencial da organização. Importante voltar a ressaltar que a definição e a classificação dos centros de custos devem atender às necessidades gerenciais da organização de saúde.

Para implantar o sistema de custos utilizando o custeio por absorção como modelo, será necessário considerar que os diversos centros de custos são como unidades de negócio (ou, mais grosso modo, empresas) que prestam serviços entre si. Estes centros de custos ou centros de responsabilidade fabricam produtos ou prestam serviços para outros centros de custos, criando ou simulando uma cadeia cliente-fornecedor interna. Portanto, a gestão de unidade de negócio e a integração entre os diversos centros de custos devem ser consideradas e difundidas como uma perspectiva a mais da gestão de custos.

Desta forma, pode-se sintetizar que a implantação de um sistema de gestão de custos em uma organização de saúde baseia-se na distribuição dos custos entre os diversos centros de custos administrativos e intermediários ou auxiliares (ou outros) até os centros de custos produtivos, finais ou finalísticos. Ou seja, como o objetivo final da organização de saúde é o atendimento ao paciente, é esperado que todos os custos criados sejam repassados aos centros de custos finais ou produtivos, segundo critérios de rateio previamente definidos, e, por último, ao serviço final de atendimento (modelo do custeio por absorção).

Estratégias e implantação do programa de gestão de custos na Policlínica

Para a implantação do Programa faremos inicialmente ações para promover a sensibilização, o envolvimento e o conhecimento, tanto no corpo diretivo da organização quanto nos colaboradores, para compreender o sistema a ser utilizado e a ferramenta de gestão que usaremos na Policlínica.

Dando prosseguimento, pode-se destacar o prazo de implantação. O prazo para implantação deste programa será de 3 meses. É de conhecimento, que numa instituição de saúde os cenários variam constantemente em razão das demandas naturais, trazendo consigo novas variáveis que podem impactar o prazo estimado de implementação. Metas serão estabelecidas e acompanhadas regularmente pela direção, sendo devidamente justificados caso necessitem de ajustes.

Em um terceiro ponto, como já se sabe, a gestão de custos vai colaborar para que os processos, os setores ou as áreas organizacionais estejam organizados.

Como já se disse, o sistema de custos é "um mensageiro". Logo, se a farmácia, por exemplo, estiver organizada, este fato será refletido pelo sistema de custos.

E em quarto, e último, e não menos importante, à abrangência da aplicação. A gestão de custos abrangerá os três níveis de planejamento e controle: estratégico, tático/gerencial e operacional. Os três níveis, com a aplicação proposta, estarão integrados sinergicamente.

Alinhamento à estratégia da Organização

A implementação do programa de gestão de custos e, consequentemente, o uso das informações que advirão dele devem, idealmente, ter fundamentação nos objetivos estratégicos da Policlínica.

A utilização do programa proposto contribuirá para adequação das metas e objetivos estratégicos tanto do ponto de vista de proporcionar custos menores quanto nas melhorias de eficiência na parte assistencial e administrativa.

Ações como adequação do consumo dos recursos financeiros propiciará a otimização da gestão orçamentária, a melhoria no monitoramento e no controle de estoques, a realização de compras planejadas e mais coerentes com o que se é consumido e a verificação da viabilidade econômica, para repasse de um procedimento à um prestador de serviços especializado.

Definição do objetivo da utilização das informações de custos e da metodologia

A definição dos objetivos da implantação do programa e do uso das informações de custos produzidas constituirá importante ação para a Policlínica. É de fundamental importância, na definição da implantação do programa de gestão de custos, a compreensão de seus objetivos. O ponto de partida será a avaliação do que é passível de mensuração, em termos de custos.

Desta forma, o objetivo da utilização das informações que serão coletados tem como propósito priorizar a eficiência, qualidade e transparência na utilização dos recursos do Estado de Goiás, buscando a qualidade da assistência aos usuários da Policlínica.

Metodologia a ser adotada pelo IMED na Policlínica de Formosa

A metodologia a ser adotada para o programa proposto será pelo sistema de custeio por absorção. De acordo com KOS et al.* é a metodologia mais viável por disponibilizar informações sobre o valor gasto e demonstrar a quais centros de custos os gastos estão vinculados. O método do centro de custos foi utilizado para apurar o custo de alguns procedimentos hospitalares e os resultados demonstraram que a metodologia é apropriada.

** KOS, S. R.; DOS SANTOS, N. P.; KLEIN, L.; SCARPIN, J. E. Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: É possível cobrir os custos com repasse do SUS ?. XXII Congresso Brasileiro de Custos - Foz do Iguaçu, Paraná. 2015.*

Na mesma linha de pensamento, o Ministério da Saúde afirma que por ser a mais utilizada entre as instituições vinculadas ao SUS e de fácil aplicação, essa metodologia é a escolhida e adotada pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (BRASIL*).

** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos – conceitos e metodologia / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).*

Levantamento dos Centros de Custos

A próxima etapa será elaborar o levantamento dos centros de custos na Policlínica.

Identificaremos todos os serviços e setores, com base no organograma da Instituição, pesquisa de campo e análise dos setores existentes para, em seguida, definir quais serão os centros de custos. Poderá, nesta etapa, haver junções ou divisões do organograma, para a formação dos centros de custos, visando uma melhor identificação dos custos.

Com este levantamento, criaremos uma listagem dos centros de custos identificados na unidade, a qual, de tempos em tempos, sofrerá revisões e alterações necessárias.

Estruturação dos Tipos de Centro de Custos

Uma vez identificados todos os centros de custos, passaremos para a fase de estruturação, reunindo-os em grupos que desempenham atividades semelhantes. Os tipos de centro de custos que serão utilizados são:

- Administrativos: reúne os centros de custos relacionados com as atividades administrativa, de direção, de Gestão de Pessoas, e outros que venham a ser identificados neste grupo (Ex.: Assessoria e Planejamento, Diretoria, Coordenação de áreas, etc.);

- Auxiliares: reúne os centros de custos que executa atividade complementar àquelas desenvolvidas nos centros de custos finais, tais como Nutrição, Higiene e Limpeza, CME, Serviço Social, e outros que venham a ser identificados neste grupo (Ex.: Lavanderia, SCIRAS, Tecnologia da Informação, Engenharia Clínica, etc.);

- Produtivos: reúne os centros de custos que desenvolvem atividades diretamente relacionada com os objetivos principais da instituição, ou seja, unidades que prestam serviços diretamente aos pacientes, tais como Ambulatório, Radiologia, Laboratório, etc.

Alocação dos Gastos

Existem três critérios para transferir os gastos indiretos dos centros de custos administrativos e intermediários para os centros de custos finais, a saber:

Alocação Direta

Em termos gerais, é a metodologia mais simples de distribuição direta. Consiste na alocação dos gastos dos centros de custos não produtores de renda (administrativos e auxiliares) diretamente aos centros de custos produtivos/finais. Nesse processo não são consideradas as trocas de serviços entre os centros de custos não-produtivos.

Alocação Sequencial

Ao contrário da alocação direta, essa metodologia aceita a troca de serviços entre os centros de custos não-produtivos. O primeiro centro de custos a ser

escolhido pode ser aquele que presta serviços ao maior número de centro de custos, ou aquele que tem os custos mais elevados dentro da instituição. O último centro é geralmente aquele que recebe o maior número de serviços, em contrapartida é aquele que presta o menor número de serviços aos demais. Isto é, o total dos gastos diretos demonstrados no primeiro centro de custos não-produtivo seria rateado para os demais centros demandantes de seus serviços.

Alocação Recíproca

A alocação dos gastos que será adotado neste programa será a alocação recíproca. Essa metodologia também é conhecida como alocação matricial. Essa forma de alocação reconhece que há participação ou trocas de recursos entre os centros de custos administrativo e meio e leva esse fato em consideração antes de efetuar o rateio aos centros de custos produtivos, apresentando melhores resultados. Desta forma, um centro de custos poderá distribuir seus custos para outros (que fizeram uso de seus recursos) e, também, receber custos destes outros. Isso significa que, apesar de já ter distribuído seus custos, o centro de custos receberá novas cargas de custos dos demais e, eventualmente, parcela de seus próprios custos. Neste processo, há um retorno de custos a um centro de custos que já havia distribuído seus custos a outros, ou seja, tinha sido "zerado".

Entretanto, é um pouco mais complexa de ser elaborada do que outras formas de alocações de gastos (direta e sequencial) por utilizar de álgebra matricial para resolver um conjunto de expressões simultâneas que dispensa a utilização de uma sequência de centros de custos não-produtivos para rateio. Considerando esta complexidade e a diversidade de procedimentos existentes dentro da Policlínica será utilizado um suporte informatizado a ser disponibilizado pela Consultoria Planisa que simplificará este processo. Apesar da complexidade, esse critério é o que melhor atenderá aos objetivos deste programa e, por consequência, da unidade.

Rotinas para gestão de custos

Após o desenvolvimento e implantação da Gestão de Custos da unidade, algumas rotinas devem ser seguidas para melhor efetivação do resultado do programa, sendo elas:

a. Coleta mensal dos dados de produção da Policlínica por Centro de Custo

- Número de exames;
- Número de atendimentos;
- Etc.

Todos os meses os responsáveis pelos setores dos Centros de Custos produtivos da Policlínica geram um relatório do sistema de gestão hospitalar que será implantado na unidade e enviam os dados de produção de cada Centro de Custo para um colaborador responsável pela compilação dos dados e *input* no sistema de Gestão de Custos.

b. Coleta mensal dos dados de estatísticas de rateio por Centro de Custo

- Quantidade de kg de resíduos produzidos;
- Quantidade de kg de roupas lavadas;
- Quantidade de refeições servidas;
- Etc.

Todos os meses os responsáveis pelos setores dos Centros de Custos auxiliares e administrativos da Policlínica geram um relatório do sistema de gestão hospitalar que será implantado na unidade e enviam os dados estatísticos de cada serviço por Centro de Custo para um colaborador responsável pela compilação dos dados e *input* no sistema de Gestão de Custos.

c. Coleta e alocação de custos de folha de pagamento e benefícios por Centro de Custo

Todos os meses os responsáveis pelo RH e Contabilidade da Policlínica encaminham a folha de pagamento, benefícios e escalas dos trabalhadores por Centro de Custo para um colaborador responsável pela compilação dos dados e *input* no sistema de Gestão de Custos.

d. Coleta e alocação de custos de Notas Fiscais dos prestadores de serviço por Centro de Custo

Todos os meses os responsáveis pelo Departamento Financeiro e Contabilidade da Policlínica encaminham as Notas Fiscais dos prestadores de serviços por Centro de Custo para um colaborador responsável pela compilação dos dados e *input* no sistema de Gestão de Custos.

e. Coleta de relatórios de consumo de materiais e medicamentos dispensados pela Farmácia, Almoxarifado e outros setores que vierem a dispensar materiais internamente, por Centro de Custo

Todos os meses os responsáveis pela Farmácia, Almoxarifado Central, Laboratório de Análises Clínicas e outros setores que fazem dispensação de insumos na unidade, geram relatórios no sistema de gestão hospitalar que será implantado na Policlínica com o consumo total de insumos de cada Centro de Custo e para um colaborador responsável pela compilação dos dados e *Input* no sistema de Gestão de Custos.

f. Após o recebimento das informações os colaboradores responsáveis pela Gestão de Custos da unidade farão o *input* dos dados coletados dentro do sistema a ser disponibilizado pela Planisa

g. É feita, então, a análise e validação das informações geradas pelo sistema a fim de enxergar possíveis *gaps* no *input* dos dados

h. É realizada a emissão de relatórios do sistema de Gestão de Custos para análise dos dados de todos os setores

i. Realiza-se a disseminação das informações geradas para avaliação dos responsáveis pelos Centros de Custos e gestores da organização

- A compreensão dos relatórios de custo, de acordo com parâmetros e perfis próprios de cada centro de custos e objetivos estratégicos, possibilitará, em cada nível hierárquico, ter condições de planejar, controlar e decidir para o alcance de maior eficiência e eficácia. Dessa forma, entre outros avanços, será possível a instrumentalização na busca de melhores níveis de produtividade e qualidade, reduzindo o desperdício de recursos e contribuindo para uma melhoria sistêmica da Policlínica.

j. Os relatórios seguirão a perspectiva do modelo ad-hoc, apresentando tanto informações macro quanto micro.

k. As informações de caráter macro e as estratégicas serão repassadas ao corpo diretivo da Policlínica. As informações de caráter micro, obtidas por meio de refinamentos sucessivos, subsidiarão a decisão estratégica da direção da organização de saúde e decisões de caráter gerencial e operacional dos seus setores.

1.2 - Incremento de atividades

1.2.1 - Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade

1.2.1.1 – Incremento de Projetos Assistenciais de Saúde

Projeto para Inclusão de Novos Serviços: Clínica de Serviços Dialíticos e Centro Especializado em Odontologia (CEO I)

Clínica de Serviços Dialíticos

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença que vem crescendo significativamente e tem como corresponsáveis o aumento da incidência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, neoplasias de próstata e colo de útero, pois muitas pessoas podem desenvolver a insuficiência renal por causa da falta de acompanhamento adequado e detecção precoce dessas doenças.

Os rins executam o principal papel do sistema urinário. Eles, além de eliminar os materiais indesejáveis que são ingeridos pelo corpo, têm a função de controlar o volume e a composição dos líquidos corporais, mantendo o ambiente das células estável para realização das suas funções como a excreção dos produtos indesejáveis do metabolismo e de substâncias estranhas, drogas e produtos químicos. Atuam também regulando a pressão arterial secretando a enzima renina e o pH do sangue conservando os íons bicarbonato e excretando os íons hidrogênio na urina.

O desequilíbrio dessas funções pode levar à insuficiência renal crônica, uma doença de elevada morbidade e mortalidade na qual os rins perdem a capacidade de realizar suas funções básicas, resultante da grande perda de número de néfrons funcionais. Essa perda é irreversível, lenta e progressiva, levando à doença renal terminal.

A redução da taxa de filtração glomerular pode ser de até 50% em relação ao seu normal. Quando a perda funcional dos rins se agrava ocorrem manifestações, tanto clínicas quanto laboratoriais, que tornam evidente o diagnóstico, tais como: anemia, anorexia, distúrbios hidroeletrolíticos, metabólicos e hormonais.

Tratamento

A principal forma de tratamento da doença renal crônica é a hemodiálise. Esse procedimento simula o processo fisiológico de filtração glomerular, baseado

no mecanismo de difusão. **Assim, os pacientes são conectados a uma máquina específica** durante um período que pode chegar até **quatro horas,** numa frequência de **três dias por semana.** Portanto a Clínica de Serviços Dialíticos da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa funcionará de Segunda a Sábado das 7h00 às 19h00, ofertando os seguintes serviços:

Diálise Peritoneal: É uma técnica fisiológica que utiliza a membrana peritoneal (membrana que envolve os órgãos abdominais), atua como um filtro do sangue, removendo excesso de água e toxinas do corpo. Realizada pelo próprio doente ou por um familiar;

Hemodiálise: Opção de tratamento que realiza a filtragem das substâncias do sangue através de uma máquina, ou seja, o procedimento funciona como um rim artificial;

Tratamento Conservador: Consiste em todas as medidas clínicas (remédios, modificações na dieta e estilo de vida) que podem ser utilizadas para retardar a piora da função renal, reduzir os sintomas e prevenir complicações ligadas à doença renal crônica, objetivando o retardo da progressão ou a estabilização da doença.

Atendimento Multidisciplinar

A Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa contará com serviços multidisciplinar de Psicólogo, Fisioterapia e Nutrição tratamento de hemodiálise, na maioria das vezes, gera frustração e limitações, uma vez que é acompanhado de diversas restrições, dentre elas a manutenção de uma dieta especifica; associada às restrições hídricas e a modificação na aparência corporal em razão da presença do cateter para acesso vascular ou da fistula arteriovenosa. Neste contexto, o paciente renal crônico se depara com diversos conflitos que causam modificações no seu cotidiano com restrições e comprometimento da sua qualidade de vida. Ele vivencia condições particulares, necessitando da hemodiálise e do controle rigoroso da dieta e da restrição hídrica. Assim, no contexto do adoecimento e da necessidade de hemodiálise, as repercussões afetam tanto as dimensões pessoais quanto as familiares e sociais.

Os avanços tecnológicos e terapêuticos na área de diálise contribuíram para o aumento da sobrevida dos pacientes com doença renal crônica (DRC), sem, no entanto, possibilitar-lhes a desejada qualidade de vida. Alguns dos sintomas apresentados por essas pessoas, em tratamento hemodialítico, traduzem-se em diversos graus de limitação: física, de condições de trabalho e emocionais. Elas dependem de tecnologia avançada para sobreviver, apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam perdas e mudanças biopsicossociais que interferem na sua qualidade de vida. A necessidade de se adaptar a novas

rotinas impostas pelo tratamento, bem como atender objetivos e propósitos no seu cotidiano, constituem-se em demandas de atenção para esses pacientes, exigindo dos mesmos um aumento da capacidade de direcionar atenção para aspectos importantes do tratamento.

Diante do exposto, contaremos com um enfermeiro presente nas sessões de hemodiálise para coordenar a equipe e identificar as necessidades particulares de cada paciente. Além disso, educar a família e o paciente sobre a doença e suas complicações e fornecer orientações sobre o plano terapêutico, com aspectos técnicos e psicológicos.

Transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica de Formosa

A Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa prestará assistência à população de aproximadamente **1.353.000 habitantes** da **Macrorregião Nordeste** que é **composta por 31 municípios**. Além da Macrorregião, a Unidade atenderá outros municípios de acordo com a necessidade da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Visando proporcionar condições de transporte para que os pacientes realizem o tratamento de forma efetiva e contínua, a Policlínica disponibilizará **microônibus**, na versão rodoviária, com elevador rodoviário, equipados com ar-condicionado e rede wifi, **que circularão pelas cidades da macrorregião de referência conforme escala a ser definida e levarão os pacientes até a unidade para as Sessões de Tratamento em Hemodiálise.**

Retaguarda Hospitalar

O serviço de Hemodiálise da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa **contará como retaguarda o Hospital Estadual de Formosa** para casos de intercorrência ou emergência durante as sessões.

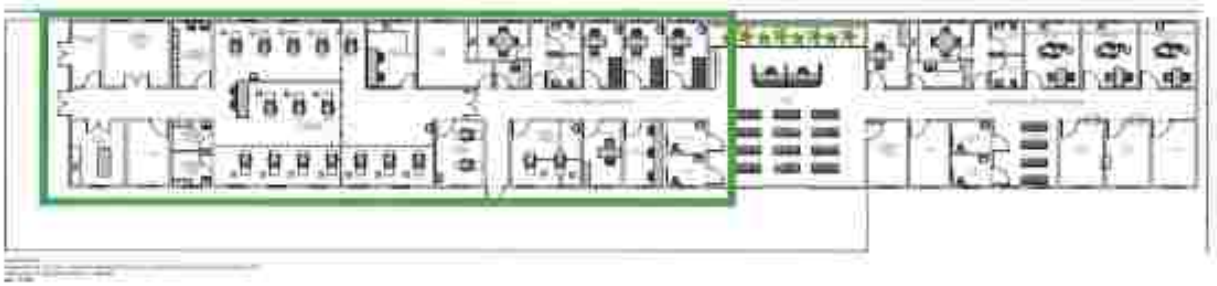
Implantação da Clínica de Serviços Dialíticos

Como é de conhecimento desta Secretaria de Estado da Saúde - SES, para a implantação da Clínica de Serviços Dialíticos na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa será necessário construir um novo bloco para ofertar os serviços, por se tratar de um programa de necessidades extenso. Com o cenário exposto a Equipe de Arquitetura e Engenharia do Instituto de Medicina Estudos e Desenvolvimento – IMED, realizou um estudo de viabilidade técnica para a locação do bloco a ser construído visando melhor aproveitamento da área útil sem que comprometa as vagas de estacionamento e a operação da unidade no decorrer da obra de construção do referido bloco.



*Imagem: Google Earth.**Proposta de Layout**

O bloco proposto conta com uma **área total a ser construída de 1.018,62m²** onde funcionará a **Clínica de Serviços Dialíticos e o Centro Especializado em Odontologia,** conforme programa de necessidades contidos nas RDCs e portarias vigentes sobre cada serviço a ser ofertado.



A Clínica de Serviços Dialíticos contará com os seguintes ambientes:

- Recepção;

- 02 Sanitários para pacientes e acompanhantes;

- 03 Consultórios;

- Sala para Equipe Multidisciplinar;

- Sala para treinamento de Diálise Peritoneal;

- Copa;

- DML;

- 02 Sanitários para funcionários;

- Depósito;

- Posto de Enfermagem;

- Área para Tratamento Hemodialítico com 15 poltronas;

- 03 Salas para Reprocessamento de Dialisadores (Contaminados e Não Contaminados);

- Sala para Central de Tratamento de Água;

- Abrigo Temporário de Resíduos;

- Sala para Estabilização.

Centro Especializado em Odontologia (CEO I)

A saúde bucal é extremamente importante para que seja possível manter a saúde geral em dia, já que há uma grande relação entre doenças bucais e outras doenças do corpo, como as cardiovasculares, por exemplo. Sendo assim, a promoção da saúde bucal está relacionada diretamente com o aumento da saúde geral e da qualidade de vida da população.

As pessoas que possuem uma boa saúde bucal têm menos chances de desenvolverem doenças e ainda passam a ter um aumento na autoestima. Além disso, ainda conta como pontos positivos e o aumento das oportunidades sociais e profissionais, mostrando o quanto é importante manter uma boa saúde da boca.

No Brasil, a doença bucal mais comum é a cárie dentária, estando presente em grande parte da população em geral. A odontologia tem como responsabilidade, além da conscientização da população sobre a importância da saúde bucal, o objetivo de prevenir

o surgimento e a proliferação das doenças da cavidade oral, que são presentes, principalmente, em pessoas de classes mais baixas que não tem acesso a serviços de saúde bucal.

Muito além da cárie...

Quando a saúde bucal está deficiente, isso pode interferir em várias funções do organismo e deixá-lo vulnerável a uma série de doenças, que vão muito além da cárie. Boa parte das bactérias do organismo humano estão presentes na boca. No entanto, quando negligenciamos os cuidados com a saúde bucal, essas bactérias podem se proliferar e migrar para outros órgãos, comprometendo a saúde geral do organismo.

De acordo com a Associação Brasileira de Odontologia, **menos de 22% de adultos têm as gengivas totalmente saudáveis**. Além disso, de acordo com estimativas, **mais de 90% da população mundial irá sofrer alguma forma de doença bucal em suas vidas**, que vão desde cáries até doenças periodontais.

O diagnóstico do câncer de cavidade oral normalmente pode ser feito com o exame clínico (visual), mas a confirmação depende da biópsia. Esse procedimento, na grande maioria das vezes, pode ser feito de forma ambulatorial, com anestesia local, por um profissional treinado. O exame clínico associado à biópsia, com o estudo da lesão por tomografia (nos casos indicados) permitem ao cirurgião definir o tratamento adequado. As lesões muito iniciais podem ser avaliadas sem a necessidade de exame de imagem num primeiro momento. O diagnóstico inicial permite tratamento com melhor resultado funcional, visto que tumores diagnosticados em estágios mais avançados vão implicar em tratamentos mais agressivos com maior chance de sequelas.

Tratamento

Com o exposto e com a missão de ampliar os serviços disponibilizados pelo SUS, a Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa contará com um Centro Especializado em Odontologia (CEO Tipo-I) que ofertará as seguintes atividades:

- **Periodontia; Cirurgia Oral Menor dos Tecidos Moles e Duros;**
- **Endodontia;**
- **Atendimento a Portadores de Necessidades Especiais;**

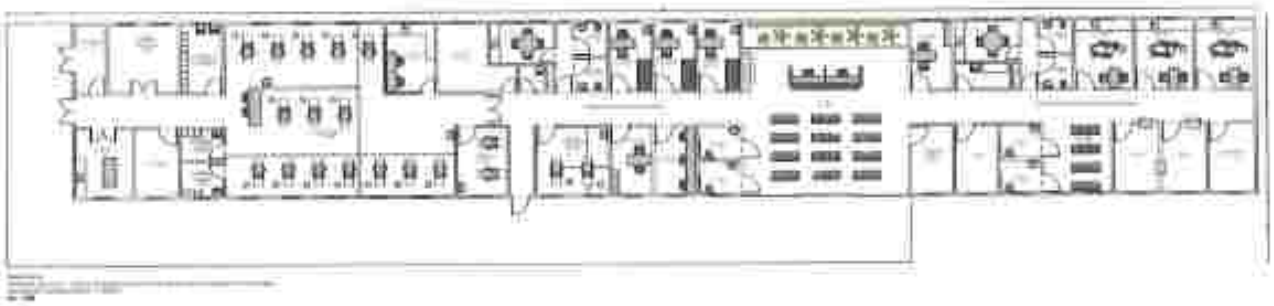
- Diagnóstico Bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.

Implantação do Centro Especializado em Odontologia

A implantação do Centro Especializado em Odontologia na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa será no novo bloco que será construído para ofertar os serviços de odontologia e hemodiálise, conforme supracitado.

Proposta de Layout

O bloco proposto conta com uma **área total a ser construída de 1.018,62m²** onde funcionará a **Clínica de Serviços Dialíticos e o Centro Especializado em Odontologia,** conforme programa de necessidades contidos nas RDCs e portarias vigentes sobre cada serviço a ser ofertado.



O Centro Especializado em Odontologia contará com os seguintes ambientes:

- Recepção;
- 02 Sanitários para pacientes e acompanhantes;
- 03 Consultórios;
- Administrativo
- Copa;
- DML;
- 02 Sanitários para funcionários;

- Depósito;

- CME (Área Limpa);

- CME (Área Suja);

- Sala para máquinas;

- Área de espera

Proposta de incremento para atendimento odontológico em pacientes com doença renal crônica na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada pela perda lenta, progressiva e irreversível da função renal ou destruição dos néfrons, podendo levar o paciente a um com a sua deficiência na produção de eritropoietina. A DRC assim como muitas outras doenças sistêmicas têm mostrado um grande prejuízo associado a problemas bucais decorrentes do processo de doença ou dos efeitos da terapia ou ambos. Muitos pacientes em hemodiálise reduzem sua frequência de visita ao dentista ou mesmo nem procuram esse serviço, piorando ainda mais a higiene bucal, podendo ocasionar lesões que se não tratadas, consequentemente podem agravar o quadro clínico e prognóstico da doença. A função renal inadequada pode refletir em cada órgão do sistema do corpo. Deste modo, a repercussão na cavidade bucal também é evidente sendo que cerca de 90% dos pacientes que possuem falha renal irão apresentar algum tipo de sintoma bucal. Tendo em vista as inúmeras alterações sistêmicas e manifestações bucais desses pacientes, o cirurgião-dentista deve estar apto a reconhecer tais mudanças. O objetivo deste artigo é revisar a literatura pertinente à doença renal crônica, abordando suas implicações, as alterações bucais, a conduta odontológica frente a essa desordem e estabelecer um protocolo de atendimento que ajude na abordagem eficaz e segura do cirurgião-dentista a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida para esses pacientes.

Alterações Bucais Associadas à DRC

As alterações bucais associadas à DRC não são específicas e sim secundárias às manifestações sistêmicas, além de estarem relacionadas à terapia medicamentosa, imunossupressão, perda óssea, osteodistrofia renal e restrição de ingestão de líquidos. O paciente renal crônico pode exibir variadas manifestações bucais como palidez da mucosa bucal, xerostomia, estomatite urêmica, remodelamento ósseo anormal após extração,

alterações radiográficas dos ossos maxilares e mandibulares (perda da lâmina dura e lesões radiolucentes), alta concentração de ureia na saliva, formação de cálculo dentário, mobilidade dentária, erupção dentária atrasada, baixa prevalência de cáries, maloclusão, entre outras,

Doença Periodontal (DP)

A doença periodontal é uma desordem inflamatória crônica e de origem infecciosa que envolve a destruição das estruturas de suporte do dente como ligamento periodontal, gengiva e osso alveolar, podendo levar a perda dentária. A patogênese dessa doença está relacionada a processos inflamatórios e imunológicos, com a participação de bactérias subgengivais do tipo gram negativas e seus produtos tóxicos (lipopolissacarídeos) na indução da produção de mediadores como citocinas, interleucina, fator de necrose tumoral, tromboxane, prostaglandinas e proteína C reativa pelas células do paciente. As bactérias acompanhadas pelos mediadores dirigem-se para a corrente sanguínea instituindo uma inflamação sistêmica. A inflamação periodontal pode ser classificada como gengivite, quando está confinada apenas à gengiva, sendo reversível com uma eficiente higiene bucal, e a periodontite que, em contraste, causa a destruição do tecido periodontal e a reabsorção irreversível do osso, levando a formação de bolsas periodontais profundas entre a gengiva e o dente. Existe uma relação entre a DRC e a DP, mostrando que a diminuição da função renal está relacionada à doença periodontal e a perda dos elementos dentais. Essa relação é bidirecional, pois a DRC afeta adversamente a DP assim como a DP pode causar um efeito adverso sobre a DRC, resultando num sistema de mediadores inflamatórios que exacerbam a desordem metabólica dos pacientes em questão. Estudos recentes apontam um efeito positivo do tratamento periodontal sobre a função renal, levando a redução de marcadores inflamatórios como proteína C reativa, interleucina, cistatina C (marcador renal), aumento da taxa de filtração glomerular e ainda contribuindo para o aumento da vasodilatação, visto que a doença periodontal também pode causar uma disfunção endotelial e cardiovascular.

Placa e Cálculo A redução do fluxo salivar, o elevado PH, a diminuição de magnésio salivar e a alta concentração de ureia e fósforo na saliva levam a uma precipitação de cálciofósforo e oxalato de cálcio, o que faz com que os pacientes acometidos pela DRC apresentem grandes chances de acúmulo de placa e rápida formação de cálculo, agravados ainda mais pela falta de higiene bucal. A região de maior prevalência da formação do cálculo está na superfície lingual dos incisivos inferiores devido à proximidade desses dentes com o orifício de saída do ducto da glândula submandibular.

Cárie

Mesmo que os pacientes com DRC tenham uma dieta rica em carboidratos, devido à restrição de proteínas, vários estudos evidenciam que a prevalência de cárie nesses pacientes é menor. Esse fato pode ser explicado porque haverá na cavidade bucal uma alta concentração de amônia, resultante da hidrólise da ureia, que também está em nível elevado, o que gera alcalinidade na saliva, aumentando sua capacidade tampão, inibindo a formação de placa bacteriana e o crescimento das bactérias cariogênicas. Por outro lado, o aumento da concentração de amônia causa odor característico, altera o paladar e/ou gosto metálico.

Halitose e Alteração do Paladar

Pacientes com problemas renais frequentemente apresentam halitose e sentem gosto alterado ou metálico na cavidade bucal devido à insuficiência dos rins de remover ureia do sangue, resultando no aumento da concentração de ureia na saliva, a qual é convertida em amônia. Em alguns casos é possível perceber um hálito com odor semelhante ao da urina.

Xerostomia

Xerostomia é definida como uma sensação de boca seca, a qual é relatada pelo paciente por se tratar de um sintoma subjetivo. São várias as causas da xerostomia em pacientes com DRC, dentre elas a redução da ingestão de líquidos (para se manter um nível apropriado de equilíbrio hídrico), envolvimento das glândulas salivares, respiração bucal, uso de medicamentos como antidepressivos e anti-hipertensivos, além de problemas de circulação pulmonar. Essa alteração pode aumentar o risco de cárie, disfagia, infecções por cândida, doença periodontal, ulcerações, lábios secos e fissurados, perda do paladar, dificuldade de fala e na retenção das próteses totais e na mastigação.

Palidez da Mucosa

Essa alteração é muito comum em pacientes com DRC devido à condição anêmica adquirida pela deficiência de eritropoietina e ingestão inadequada de ferro.

Hiperplasia Gengival

A hiperplasia gengival pode ser induzida pelo uso de alguns medicamentos utilizados pelo paciente com DRC, como os anti-hipertensivos (bloqueadores de canal de cálcio) para redução da pressão arterial e drogas imunossupressoras (ciclosporina), usados principalmente pelos indivíduos que serão submetidos a um transplante renal ou que

estão no estágio final da doença, associados a uma higiene deficiente. Essa alteração não só causa uma aparência desagradável como também retarda a erupção dos dentes, ou gera a erupção em posição anormal, problemas fonoaudiológicos, sensibilidade gengival e dificuldade de higiene bucal.

Infecções Bucais

As infecções bucais têm maior ocorrência naqueles pacientes em que a insuficiência renal está mais avançada, os que já possuem baixa imunidade e os transplantados, os quais estão sob terapia imunossupressora. Cerca de 60% dos pacientes transplantados devido a IRC vão apresentar pelo menos uma alteração bucal. Dentre as infecções bucais mais comuns nesses casos estão as candidoses, infecções herpéticas e por vírus da família citomegalovírus. A candidíase é uma infecção oportunista que acomete com maior frequência os pacientes transplantados devido à queda da imunidade gerada pelo uso de imunossupressores, podendo surgir nas formas pseudomembranosa, eritematosa e atrófica. Existem alguns fatores de risco encontrados nos pacientes com DRC para se desenvolver a candidose, como xerostomia, má-higiene bucal, diabetes, idade avançada e uso de prótese total, podendo gerar atrofia de papilas linguais e queilite angular.

Hemorragias

Devido às altas concentrações de ureia e uso de anticoagulante, os pacientes que precisam ser submetidos à hemodiálise necessitam de uma maior atenção aos sangramentos tanto durante procedimentos odontológicos cirúrgicos como no pós-operatório. Esses pacientes terão mais chances de apresentar problemas hemostáticos, distúrbios plaquetários e hematológicos. As manifestações bucais nesses casos incluem equimoses, petéquias, púrpuras na mucosa labial e jugal, no palato mole e nas margens da língua, além de sangramento gengival ou de membranas mucosas (epistaxe).

Erosão Dentária

Pacientes com DRC irão apresentar um maior risco de erosão dentária devido à regurgitação, consequência da náusea e vômito, comuns no processo de hemodiálise e também pelo estado urêmico e uso de algumas medicações. O uso de balas duras estimula a produção de saliva o que pode contribuir para a diminuição da erosão.

Anormalidades do Desenvolvimento Dentário

Alterações e/ou interrupções durante os estágios de histodiferenciação, aposição e mineralização que fazem parte do desenvolvimento dos dentes irão resultar em anormalidades na estrutura dentária. Dentre as anormalidades estão presentes a diminuição/estreitamento e calcificação da câmara pulpar, as quais estão associadas ao uso de altas doses de corticoide e distúrbios no processo de calcificação, a hipoplasia do esmalte na forma de descolorações brancas ou marrons em dentes decíduos e permanentes (ocorre quando a uremia está presente no período da formação dos dentes e pigmentos sanguíneos de coloração amarronzada ficam retidos no esmalte dentário). Em crianças com IRC ocorrem atrasos na cronologia de erupção dos dentes permanentes ou alteração da ordem de erupção.

Osteodistrofia Renal (Alterações Ósseas)

Observam-se com frequência alterações ósseas, como desmineralização, perda da lâmina dura e do osso alveolar, redução progressiva do trabeculado ósseo, lesões de células gigantes, remodelação anormal após extrações dentárias, perda das bordas do canal mandibular, calcificações metastáticas do tecido mole e fraturas espontâneas dos maxilares. Essas alterações irão causar mobilidade dental, perda dos dentes, apinhamento, maloclusões, disfunções temporomandibulares, destruição do periodonto, perda da crista óssea e aumento da distância entre crista alveolar e a união amelocementária.

Lesões da Mucosa

Lesões em mucosa podem aparecer em forma de úlceras, líquen plano, papiloma, granuloma piogênico, estomatite urêmica, entre outras. Essas lesões surgem porque a uréase, enzima produzida na microflora bucal, degrada a ureia da saliva. As regiões mais acometidas são ventre de língua e mucosa anterior. A estomatite urêmica ocorre devido a uma elevação da ureia nitrogenada no sangue (níveis acima de 300 mg/ml) e a perda da resistência tecidual, resultante de um trauma ou patologia e é caracterizada por uma mucosa avermelhada ou ulcerada recoberta por espessa pseudomembrana, e dolorosa, estando as lesões localizadas em ventre da língua e assoalho bucal, podendo ser resolvida após a correção da uremia.

Inclusão

É muito importante que o paciente que possua a doença renal crônica realize consultas com um cirurgião dentista de forma regular, a fim de manter uma higiene bucal satisfatória, realizar diagnóstico de alterações bucais e eliminar possíveis focos de

infecção para minimizar os efeitos da doença. Dessa forma é de grande valia que o cirurgião-dentista seja incluído nas equipes multiprofissionais, existindo uma boa comunicação com médico nefrologista, para se instituir um tratamento odontológico que não só contribuirá para a saúde bucal como também para a parte sistêmica do paciente. Vale ressaltar que tais pacientes apresentam uma situação psicológica delicada e vivem de forma controlada, podendo ser incapazes de tolerar variações significativas na dieta, fluidos e atividades diárias, com isso é necessário que eles sejam apoiados e sejam cuidados de forma especial. Dessa forma o tratamento odontológico acontece sem interferir na condição física do paciente, encorajando-o a ter bons hábitos de higiene16. Para o atendimento ambulatorial e hospitalar além de se conhecer o detalhado histórico médico do paciente como, por exemplo, os medicamentos que ele faz uso, é ainda necessário a solicitação de alguns exames complementares e laboratoriais para se ter maior segurança durante a realização dos procedimentos odontológicos. Dentre eles se destacam a radiografia panorâmica, hemograma completo, tempo de sangramento (TS) e tempo de atividade da protrombina (TAP). O controle de infecção e a redução de microorganismos patogênicos da cavidade bucal podem ser realizados através do uso de clorexidina a 0,12%, um importante antimicrobiano de grande espectro e antifúngicos. Além disso, outros cuidados podem ser realizados ambulatoriamente como restaurações em dentes cariados, tratamento periodontal com raspagem e alisamento radicular, extração de dentes que não possuem prognóstico favorável e tratamento endodôntico em dentes com comprometimento pulpar. Sempre antes de se realizar qualquer procedimento invasivo, a monitorização dos sinais vitais como o da pressão arterial deve ser feita devido à alta prevalência de hipertensão em pacientes com DRC. A sedação com ansiolítico pode ser utilizada para esses pacientes a fim de trazer um maior conforto e segurança, pois o estresse sentido durante o tratamento odontológico pode aumentar a pressão sistólica. Para pacientes que são submetidos à hemodiálise, o ideal é que o tratamento odontológico invasivo seja realizado sempre no dia seguinte a esse procedimento pelo fato de utilizarem a heparina no momento da diálise, um anticoagulante que possui uma meia-vida de quatro horas. Isso diminui as chances de sangramento visto que a heparina já foi eliminada do organismo no dia seguinte, possibilitando a estabilização do coágulo e início da cicatrização. Em casos de grande sangramento, o cirurgião-dentista deve ser apto a utilizar medidas de hemostasia local como pressão mecânica, bom fechamento primário, técnicas de sutura, aplicação de trombina tópica, uso de acetato de desmopressina, fibra de colágeno e celulose, uso de fibrinolítico como o ácido tranexâmico, entre outros. Em relação à anestesia local, é importante relembrar que os rins são órgãos excretores primários e que os pacientes com DRC serão incapazes de realizar a filtração de tais metabólitos resultando num aumento do potencial de toxicidade. Assim é preciso que sejam utilizados nesses pacientes anestésicos que sejam metabolizados no fígado, como a lidocaína, sendo usado de forma moderada em pacientes hipertensos devido ao vasoconstritor.

A administração de medicamentos nos pacientes com DRC deve ser realizada de forma cautelosa; pois alguns podem causar efeitos adversos, sendo aconselhável a utilização de remédios que sofra metabolização no fígado, a redução da dose e o ajuste no intervalo das administrações. Deve-se evitar o uso de aspirina e anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), pois eles possuem ação antiplaquetária, aumentando o risco de sangramento, além de serem nefrotóxicos e gerar uma diminuição da função renal. Já os antibióticos podem ser administrados com cautela, sendo evitadas as tetraciclinas por aumentarem os níveis de nitrogênio ureico no sangue.

Para pacientes que realizam hemodiálise e que necessitam de um tratamento odontológico cirúrgico, recomenda-se uma profilaxia antibiótica devido a esses pacientes serem susceptíveis a infecção bacteriana e terem produção diminuída de anticorpos, a qual é susceptível a infecções, podendo gerar uma endocardite infecciosa. Os medicamentos e as doses usadas são: 2g de amoxicilina ou 600mg de clindamicina, uma hora antes do procedimento, 300mg de clindamicina uma hora antes do procedimento e 150mg após seis horas da dose inicial, ou ainda a administração de 1g de vancomicina, correndo por uma hora, durante a diálise, um dia antes do tratamento. Outro fato que deve ser levado em conta é a necessidade de suplementação da dose de corticoides, a qual deve ser discutida com o médico do paciente. A suplementação deve ser feita porque o paciente com DRC já faz uso de corticosteroides, muitas vezes em altas doses, e isso faz com que ocorra uma hipofunção da adrenal. Para evitar essa crise, o cirurgião-dentista deve solicitar ao médico essa prática para a realização de procedimentos odontológicos complexos que poderão causar um estresse maior ao paciente. É de suma importância que os pacientes que irão receber um novo rim eliminem toda e qualquer infecção da cavidade bucal através de procedimentos odontológicos antes de realizarem o transplante renal, sem contar que a manutenção de uma boa saúde bucal pode repercutir no sucesso do transplante. Os procedimentos odontológicos eletivos nos pacientes transplantados devem ser feitos após seis meses da cirurgia e, para procedimentos que envolvam sangramento, é aconselhável que se faça uma profilaxia antibiótica, devido à terapia imunossupressora em que o paciente se enquadra. Neste sentido salientamos a importância de um protocolo odontológico para pacientes com DRC, para ajudar ou orientar os cirurgiões-dentistas nos atendimentos aos pacientes com doença renal crônica, que divide os pacientes renais em pré-dialíticos, dialíticos, prétransplantados e transplantados. De acordo com alguns autores, existem cuidados que serão comuns às quatros classes e outras mais específicas como será possível.



Imagem mostra nosso atendimento humanizado com nossos profissionais do Centro de Especialidades odontológicos II, aos pacientes DRC na Policlínica de Posse.

CONCLUSÃO

A literatura é vasta em citar as correlações entre a doença renal crônica e a doenças bucais. Tal correlação parece mais fortemente intrincada quando associamos a DRC com a Doença periodontal - DP. Elas são doenças inflamatórias crônicas multifatoriais e tanto uma quanto outra pode predispor e/ou agravar a doença renal ou periodontal. O diagnóstico precoce da doença periodontal nos renais crônicos através de avaliações periódicas da saúde bucal são importantes para que se institua um tratamento e controle da DP, levando a um impacto positivo na saúde sistêmica desses pacientes como a diminuição do processo inflamatório, beneficiando o curso da doença renal crônica. É importante também ter o conhecimento das outras alterações bucais que podem acometer o doente renal crônico, com a finalidade de se instituir um tratamento eficiente que contribua para a saúde do paciente. Além disso, a realização desse protocolo servirá de auxílio para que dentistas atendam os pacientes renais crônicos de forma eficaz e segura.

REFERÊNCIAS

1. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), CKD. Work Group, KDIGO, 2012. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney, Disease. Kidney Int (Suppl). 2013; 3:1150.

2. Xie T, Yang Z, Dai G, Yan K, Tian Y, Zhao D et al. Evaluation of the oral health status in Chinese hemodialysis patients. Hemodial Int. 2014; 18(3):668-73.

3. Guevara HG, Lo Mónaco G, Rivero CS, Vasconcellos V, Pimenta e Souza D, Raitz R. Manejo odontológico em pacientes com doença renal crônica. Rev bras ciênc saúde. 2014; 12(40):74-81.

4. Daugirdas J. Handbook of chronic kidney disease management. Philadelphia: Lippincott and Wilkins; 2011.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2012/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

6. Carvalho AA, Farsura PP, Bastos MG, Vilela EM. Influência do tratamento periodontal não cirúrgico sobre parâmetros hematológicos e bioquímicos de pacientes renais crônicos em pré-diálise. R Periodontia. 2011; 21(1):27-33.

7. Silva GD, Acurcio FA, Cherchiglia ML, Guerra Junior AA, Andrade EI. Medicamentos excepcionais para doença renal crônica: gastos e perfil de utilização em Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2011; 27(2):357-68.

8. Guedes KD, Guedes HM. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. Ciênc. Saúde (Porto Alegre). 2012;5(1):48-53.

9. Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise SBN 2013. 2013. Disponível em: http//www.sbn.org.br/pdf/censo_2013_publico_leigo.

10. Sette L, Titan S, Abensur H. Doença renal crônica. 2010. Disponível em: HTTP://www.medicinanet. com.br/conteudos/revisões/2518/doenca_renal_cronica.h tm Acesso em: 20 de novembro de 2016.

11. Quiroga B, Rodriguez-Palomares JR, De Arriba G. Insuficiencia renal crónica. Medicine. 2015; 11(81):4860-87.

1.2.1.2 – Incremento de Projetos Sociais

Observação prévia: <u>A Saúde Integral</u>.

É inegável que, com o advento da Covid-19, observaram-se profundas mudanças junto à sociedade, seja com relação a práticas e comportamentos, seja com relação à reflexão a respeito de conceitos e princípios – a ponto de não ser exagero dizer, como antes asseverado, que, em face daquele acontecimento planetário, a História se subdividiu entre o mundo "pré" e "pós Covid-19".

Nesse contexto, o mundo pós-Covid exigirá não apenas o aperfeiçoamento dos processos de humanização com relação a pacientes e familiares, mas também o próprio protagonismo da Policlínica de Formosa na solução de múltiplas carências que impactam sobre a integralidade da saúde da população.

Os novos tempos serão desafiadores: será preciso encarar uma sociedade sequelada, física e mentalmente, pelos males da pandemia e prejudicada no processo educacional.

Assim, se por um lado é verdade que não cumpre a qualquer serviço de assistência à Saúde atuar como indutor de desenvolvimento social em si, por outro não é menos verdade que, zelando pela integralidade da saúde física e mental da comunidade em que se insere, o serviço de saúde pode propiciar as premissas básicas para tal. E isso, é claro, sem que se perca o foco na excelência operacional dos serviços de saúde em sentido estrito, inclusive quanto ao incremento das atividades médicas da Policlínica

Servir: esta será a diretriz da Policlínica de Formosa. É sob essa ótica que se apresentam os projetos assistenciais e sociais do IMED, que a seguir serão delineados.

Novos serviços a serem incrementados junto Policlínica de Formosa, utilizando-se a infraestrutura existente, sem ampliação de custos operacionais.

A - Terapêutica das rodas de conversa, aliada à concessão de espaço para grupos de auto e mútua ajuda.

Não há dúvida: a sociedade hodierna tem, a cada dia que passa, cada vez mais padecido de profundo sofrimento mental.

Cerca de três em cada dez profissionais brasileiros - entre líderes e

liderados - foram diagnosticados com algum transtorno de saúde mental nos últimos doze meses. É o que mostra a quinta edição do estudo Inteligência Emocional e Saúde Mental no Ambiente de Trabalho, realizado pela The School of Life em parceria com a Robert Ha[1]lf. Nem todo transtorno de saúde emocional tem origem apenas no trabalho. Mas a pesquisa mostra que praticamente metade dos liderados consideram que a própria saúde mental é negativamente impactada pela maneira como a cobrança por produtividade acontece na empresa.

Dados divulgados em 2023 pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, mostram que, apenas no ano anterior, houve 16.262 autoextermínios. Em 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou que, a cada 100 mortes no mundo, uma foi por suicídio.

Outro exemplo disso é o que se vê junto ao público jovem.

Em um mundo em que campeões do Instagram parecem estar contribuindo para uma onda de baixa autoestima, nada menos do que um em cada dez adolescentes de 15 a 17 anos pensou em tirar a própria a vida. O suicídio é a segunda causa de mortes entre os jovens de 15 a 29 anos[2], sendo que 80% dessa faixa etária apresentou "recentemente algum problema de saúde mental", quase 20% parece ter sintomas de depressão[3] e 6% já praticou a automutilação[4].

O tema já não passa despercebido por ninguém: um Ministro do STF admite que, como amargo fruto desse redemoinho infernal, tem-se o "aumento do número de suicídios e depressão em crianças e adolescentes"[5]. Não é para menos: No Brasil, entre 2.016 e 2.021, o suicídio aumentou em 45% na faixa entre 10 e 14 anos de idade[6] - e só na cidade de São Paulo, todos os dias, dez jovens de até 19 anos automutilam-se ou tentam acabar com a própria vida (muitas vezes, infelizmente, o conseguindo)[7].

A ideia de suicídio entre jovens, aliás, não é privilégio brasileiro: nos últimos anos, no Canadá, ela triplicou, passando de 6% a 18% - ao passo que, nos Estados

---

[1] "Valor Econômico", edição de 09.09.24, matéria intitulada "Questões de saúde mental afetam líderes e liderados".
[2] Folha de S. Paulo, edição de 01.08.22, artigo da Professora Laís Fontenelle intitulado "A cicatriz profunda da pandemia em crianças e jovens".
[3] Folha de S. Paulo, edição de 03.12.22, matéria intitulada "Para 60% dos jovens, estado emocional é insatisfatório".
[4] Folha de S. Paulo, edição de 18.10.22, matéria intitulada "8 a cada 10 jovens relatam problemas de saúde mental"
[5] Folha de S. Paulo, edição de 19.04.23, matéria intitulada "Lula anuncia R$ 3 bi e afirma que escola não será 'prisão de segurança máxima'".
[6] Folha de S. Paulo, edição de 26.10.22, matéria intitulada "Taxa de suicídio entre jovens aumenta em 5 anos e preocupa Saúde".
[7] Folha de S. Paulo, edição de 23.08.23, matéria intitulada "Aumenta registro de autoagressão e de tentativa de suicídio entre jovens".

Unidos, ela foi de 17% a 27%[8]. Nos Estados Unidos, aliás, há estudos oficiais indicando que 1 a cada 3 adolescentes norte-americanos tenha pensado seriamente em tirar a própria vida[9]. E na França, em que uma a cada quatro crianças vítimas de bullying pensa em suicídio (o que explica, nos primeiros meses de 2.023, o suicídio de crianças de 10 a 13 anos), enfrentar o problema, nas palavras de sua primeira-ministra, se transformou em "prioridade absoluta"[10].

Se isso não bastasse, há estudo que aponta que dois terços das crianças da rede estadual de São Paulo que estudam do 5º ao 9º "manifestam sintomas de depressão e ansiedade"[11].

Entre os especialistas, há alguns motivos que aparecem em 11 de cada 10 tentativas de explicação: "uma cultura de redes sociais de busca por um ideal", como, por exemplo, diz a psicanalista Julienta Jerusalinknsky[12], e o "ideário individualista" e "autocentrado", como assevera a também psicanlista Vera Iaconelli[13].

Brenda Mendoza, professora de psicologia graduada pela Universidade Complutense de Madrid, anota, de outro lado, que o bullying é impingir dor sobre o outro **sem haver interesse sobre seus sentimentos**, não comovendo seu medo ou tristeza; até porque, em determinados ambientes sociais, há adolescentes que são percebidos como "populares" ao se impor sobre aqueles que consideram "fracos"[14].

Crianças que vivem em um meio social que potencializou uma vida fundamentada no orgulho e no egoísmo – seria, talvez, uma outra forma de dizer a mesma coisa.

O subproduto desse meio não poderia estar mais escancarado: um exército de crianças depressivas, vivendo sob o cinza absoluto da mais tenebrosa das tristezas, a qual só é aliviada pela mutilação do próprio corpo ou pelo fim da própria vida. Não é preciso ser genial para prever que, em breve, esse passivo mental lotará os sistemas de saúde público

---

[8] Matéria acima citada.
[9] Folha de S. Paulo, edição de 28.03.23, matéria intitulada "Redes sociais são cobradas por saúde mental de adolescentes" (a matéria original foi publicada no Financial Times).
[10] Folha de S. Paulo, edição de 26.06.23, entrevista de Fernanda Mena junto à psicóloga francesa Emmanuelle Piquet, sob o título "Punir não é melhor solução para combater o bullying escolar".
[11] Valor Econômico, edição de 29.06.22, matéria intitulada "Saúde mental de crianças e jovens é desafio de escolas no pós-pandemia" (a pesquisa foi feita pela Secretaria Estadual de Educação e o Instituto Ayrton Senna).
[12] Folha de S. Paulo, edição de 26.10.22, matéria intitulada "Taxa de suicídio entre jovens aumenta em 5 anos e preocupa Saúde".
[13] Folha de S. Paulo, edição de 07.02.23, artigo intitulado "Bem-vindos de volta à escola, pais".
[14] "Bullying – Los múltiples rostros del acoso escolar", Ed. Pax, México, 2.014

e privado – o que já foi percebido, em especial neste último, ao contabilizar os custos financeiros desse novo mundo[15].

Tudo leva à crer que a degradação da saúde mental e violência caminhem de mãos dadas: enquanto a Unicef aponta um salto de 12%, em 2.013, para 56%, em 2.021, de adolescentes com algum sintoma de problemas com a saúde mental, a violência nas escolas públicas do Estado de São Paulo, por exemplo, aumentou quase 50% entre 2.019 e 2.021[16].

Quase 40% dos alunos no Brasil relataram terem sido vítimas violência verbal, ao passo que quase 15% sofreram violência física[17]. 80% dos professores do País afirmam que, no pós-pandemia, as escolas se tornaram lugares mais violentos, em especial entre os alunos; 7,5% dos professores dizem ter sofrido violência física (metade praticada pelos alunos, 25% praticada pelos pais e o restante dividida entre gestores e colegas)[18].

No que diz respeito às ditas redes sociais, a discussão do momento sequer é mais saber se seria lícito ou não extirpar conteúdos que preguem o ódio ao próximo, mas sim como fazê-lo[19] – porque, queira-se ou não, é evidente que elas "contribuem para a deterioração mental de adolescentes"[20].

Em uma sociedade em que, para o alívio da desgraça emocional, o suicídio é hipótese cada vez mais considerada, não será surpreendente vermos fentanil, K-9 e sabe-se lá mais o que a chegar em nossas casas no meio de uma folha de caderno escolar. Drogas (incluindo o álcool), depressão, sofrimento e suicídio caminham de mão de dadas.

Para quem se abeira do precipício, tudo serve de alívio – e se há algo que as drogas sabem fazer, com a perfeição adquirida de milênios, é dar alívio a qualquer angústia (embora saibamos do pavoroso preço que se paga depois).

---

[15] Valor Econômico, edição de 26.06.23, artigo intitulado "Em meio à crise que afeta o setor, Qualicorp muda presidência".
[16] Folha de S. Paulo, edição de 30.03.23, matéria intitulada "Saúde mental infantojuvenil piora no país", e edição de 17.04.22, matéria intitulada "Psicólogos e psiquiatras têm agenda cheia na pandemia".
[17] Folha de S. Paulo, edição de 11.04.23, artigo de Joana Monteiro, Rafael Aquino e Natalia Ribeiro intitulado "Um caminho para reduzir a violência nas escolas".
[18] Valor Econômico, edição de 30.03.23, artigo de Cristiano Romero intitulado "Escolas em guerra. Desde sempre".
[19] Folha de S. Paulo, edição de 27.04.23, matéria intitulada "Justiça Federal manda tirar do ar o telegrama do Brasil após pedido da PF".
[20] Editorial de O Estado de S. Paulo, edição de 30.04.23, intitulado "Redes sociais não podem ser terra sem lei".

É relativamente aceitável que algo entre 7% e 10% da população tenha desenvolvido a dependência do álcool[21] – ou, como outros dizem, a doença do alcoolismo. São dados de há mais de década – e não consta que o consumo de álcool tenha se reduzido, assim como não consta que as sequelas sociais da doença do alcoolismo tenham diminuído na nossa sociedade. Muito pelo contrário.

É consenso que o consumo do álcool aumentou nos anos de chumbo da Covid-19, como observaram não apenas estudiosos do assunto[22], mas a própria Organização Mundial de Saúde[23].

Curiosamente, a violência contra as mulheres também aumentou durante a pandemia: algo próximo a 50% no Estado de São Paulo[24] - o que não é de surpreender, já que, muito embora pesquisas atribuam metade dos casos de violência doméstica à doença do alcoolismo[25], as autoridades que pelejam no dia a dia dessa tragédia chegam a falar que de 80% a 90% dos casos têm aquela causa[26]. Mais álcool, mais violência contra a mulher.

Fica evidente que, se o consumo do álcool aumenta, no seu rastro de sangue aumentam igualmente as sequelas.

Mas a onda crescente parece vir de antes da Covid-19.

Entre 2.006 e 2.016 o consumo *per capta* de álcool aumentou quase 45% no Brasil[27]. Nos Estados Unidos, com um ou outro breve intervalo, o consumo vem crescendo desde 1.995 – e, em 2.017, calculava-se que a doença do alcoolismo matava 88 mil norte-americanos por ano[28] (mais do que um Vietnã por ano, que matou 58 mil estadunidenses).

---

[21] https://www.mds.gov.br/webarquivos/obid/publica%C3%A7%C3%B5es/II-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Uso-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil.pdf
https://dssbr.ensp.fiocruz.br/ii-levantamento-nacional-de-alcool-e-drogas-mostra-o-consumo-de-alcool-crescente-e-desigual-pela-populacao-brasileira/

[22] Folha de S. Paulo, edição de 17.06.22, entrevista com Regina La Belle, ex-diretora de combate aos entorpecentes da Casa Branca.

[23] Folha de S. Paulo, edição de 25.05.20, "Abuso de álcool e drogas tem alta na pandemia".

[24] https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-04/sp-violencia-contra-mulher-aumenta-449-durante-pandemia

[25] http://www.metodista.br/rronline/noticias/saude/pasta-1/alcool-esta-associado-a-50-dos-casos-de-violencia-domestica-aponta-pesquisa-da-unifesp

[26] https://ibdfam.org.br/index.php/noticias/na-midia/13359/Rede+de+apoio+ajuda+a+combater+viol%C3%AAncia+dom%C3%A9stica+relacionada+ao+alcoolismo

[27] https://www.cartacapital.com.br/sociedade/consumo-de-alcool-cresce-no-brasil-e-provoca-cada-vez-mais-danos/

[28] Folha de S. Paulo, edição de 20.01.20, artigo de Alexandre Forbes intitulado "Americano bebe hoje muito menos (e melhor) do que antes da Proibição.

Mesmo no mundo pré-Covid, os jovens brasileiros iniciavam-se nessa droga cada vez mais cedo – havendo quem sustente que a experiência, na média, comece com pouco mais de 12 anos de idade[29]. No Brasil, não se espera pela adolescência para que as pessoas comecem a beber álcool; a prática se inicia é na infância mesmo.

Há, porém, outro efeito do álcool: a propensão encorajadora que a embriaguez nos traz para fazer coisas que, normalmente, não faríamos. Nesse caso, há de se considerar especificamente do álcool como amortecedor da consciência que irá experimentar outras drogas.

***

Sabe-se, também, que um grupo de pacientes, ainda que acometidos pela mesma moléstia, não é propriamente homogêneo. No entanto, esses pacientes apresentam aspectos psicológicos em comum, como medo, dores, sofrimentos, entre outros – tornando-se mais do apropriada a prática da terapia de grupo, o que, através da experiência partilhada de outros que sofrem de problemas similares, leva-os a perceberem seus novos papéis com o melhor reconhecimento de si, propiciando inspiração para que se encontrem respostas diante de sua nova condição de vida.

Participar de grupos de apoio está associado a melhores desfechos psicológicos, podendo resultar em benefícios psicossociais, como redução de estresse, incremento da qualidade de vida, melhora do humor e compartilhamento de informações sobre as diversas opções de tratamentos disponíveis.

"A ferramenta de grupo de apoio tem sido muito útil a diferentes trabalhos de acolhimento e cuidado. É um suporte 'que tem por objetivo auxiliar pessoas durante períodos de ajustamento a mudanças, no tratamento de crises ou na manutenção, adaptação a novas situações.

Tem sido utilizada por profissionais de diversas áreas como uma boa resposta à solidão, isolamento social, troca de experiência, compartilhamento e aprendizagem, já que no grupo cada indivíduo é espelho para o outro. Muitas vezes vivemos situações em nossas vidas que não dividimos nem mesmo com a família e pensamos que estamos sozinhos, vivenciando realidades que nos causam grandes sofrimentos! Temos vergonha, medo, preconceito e queremos esconder das pessoas e nos fechamos como 'ostras'. Assim, o nosso problema vai aumentando como uma bola de neve até que fica insustentável e se torna necessário buscar ajuda" (artigo de Tânia

[29] https://veja.abril.com.br/saude/adolescentes-bebem-cada-vez-mais-cedo-e-o-consumo-e-maior-entre-meninas/

Maria Farias Toscano, publicado no site da Federação de Amor-Exigente, https://amorexigente.org.br/grupo-de-apoio-por-que-frequentar/).

Não é outra a essência da chamada Terapia Comunitária Integrativa (TCI),criada pelo psiquiatra Adalberto Barreto, professor da Universidade Federal do Ceará, na década de 1980 – e cujo modelo da adotado hoje em mais de 40 países, com crescimento amplo na rede pública de saúde, onde está incluído desde 2017 dentro das Pics (Práticas Integrativas e Complementares de Saúde)[30].

> *"O treinamento de profissionais da atenção primária, combinando com iniciativas que envolvam a comunidade, tem sido defendido por especialistas como o psiquiatra Shekhar Saxena, professor de saúde global de Harvard e ex-diretor de saúde mental da OMS (Organização Mundial de Saúde), como um caminho para aumentar a oferta de tratamento de transtornos mentais, como depressão e ansiedade"*

A despeito dessa ou daquela forma de condução, o que importa é que seja dado o espaço para o compartilhamento de emoções, o que pode ser organizado por um agente facilitador – mas cuja função não é de censurar ou de corrigir quem quer que seja.

Expor e ouvir, sem interferência de um censor ou de uma autoridade moral – eis um legado deixado por A.A. – Alcoólicos Anônimos, o qual se desdobrou, posteriormente, em muitas outras formas de terapia em grupo. Nesse contexto, é necessário apenas o cuidado de fazer respeitar pequenas regras de etiqueta que possibilitem o exercício não apenas da auto e da mútua ajuda, mas também da autorreflexão dos participantes, sejam quais forem os (momentâneos) papéis do momento, vítimas ou ofensores (ou ambos). Fale de si – eis a regra de ouro.

Deixar falar é saber respeitar – porque espaços de escuta são espaços de cura. "O melhor que posso fazer", diz a literatura de Alcoólicos Anônimos, "é ouvir, compartilhar experiência pessoal e rezar pelos outros"[31].

Dito isso, a atuação da Policlínica de Formosa se dará em dois campos.

No primeiro, será articulada junto aos grupos de Alcóolicos Anônimos, Amor-Exigente, Al-Anon e Narcóticos Anônimos **já atuantes no Município de**

[30] Folha de S. Paulo, edição de 13.09.24, matéria intitulada "Criada no Brasil e presente em mais de 40 países, terapia comunitária avança no SUS".
[31] "Reflexões Diárias", edição citada, texto do dia 21 de dezembro (o original é do livro "Alcoólicos Anônimos".

Formosa, a concessão de espaço físico, na Policlínica, para sua atuação, através de reuniões públicas – franqueando-se a presença ao público que assim o desejar, sem prejuízo da devida divulgação dessas terapêuticas. Não haverá custo qualquer à operação.

No segundo, profissionais da área da saúde, integrantes do quadro de colaboradores da própria Policlínica, organizarão e conduzirão, após terem recebido o treinamento adequado, rodas de conversa a serem destinadas, em especial (mas não apenas), ao público jovem – para o que serão articuladas parcerias com as escolas públicas do Município, de forma a atender a população. Como os sobreditos profissionais já atual na Policlínica, tampouco haverá que se falar em ônus financeiro à operação – com a realização, ao menos em um primeiro momento, de duas reuniões semanais do gênero.

Trata-se da implantação da cultura da auto e mútua ajuda, propiciando-se um ambiente de paz, compreensão e acolhimento, de forma a alcançar a saúde integral, em consonância com os itens 3 e 16 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU.

Tanto em uma quanto em outra ação, o prazo de implantação, com o início das reuniões, é de 45 (quarenta e cinco) dias a partir do início da gestão do IMED.

B – Instituição da Comissão de Responsabilidade Social

A Comissão de Responsabilidade Social da Policlínica de Formosa tem por fundamento a cultura do voluntariado e é constituída, primordialmente, a partir da própria visão de futuro projetada para a Policlínica – a saber, ser uma unidade de saúde **integrada à sociedade como um todo**, concebendo a saúde como algo maior do que a mera terapêutica curativa.

Sob esse prisma, não se pode deixar de reconhecer que, a despeito dos múltiplos esforços empreendidos por Governo e sociedade civil, a população menos abastada do País, em face dos avassaladores efeitos da Covid-19 (inclusive sob o aspecto social e econômico), viu agravarem-se dramaticamente as dificuldades históricas que, em maior ou menor grau, sempre estiveram presentes. Tão nefastos foram os efeitos da pandemia que, para além das dificuldades quanto à empregabilidade e ao processo educacional (o qual, como se sabe, a médio prazo afeta a produtividade dos futuros trabalhadores), a própria segurança alimentar daquela população tornou-se tema prioritário em todas as cidades brasileiras – demovendo iniciativas de empresas, instituições financeiras, meios de comunicação, associações

de moradores de comunidades em situação de vulnerabilidade e cidadãos em geral.

Nem por isso, no entanto, a situação (e a urgência) é de dramaticidade menor – e, se o comprometimento de qualquer unidade de saúde também deve se dar junto à sua **comunidade externa**, é incontestável que também cumpre à unidade de saúde coordenar e ser protagonizar iniciativas em prol desta comunidade, em especial no campo da assistência social – valendo relembrar que o conceito de saúde integral pressupõe, no mínimo, a segurança alimentar como elemento necessário ao desenvolvimento social e educacional.

Além disso, a constituição da Comissão vai ao encontro das diretrizes que inspiraram a elaboração do Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar, em especial por conta de sua vocação para **estimular o voluntariado** entre os colaboradores da Policlínica e estabelecer alianças junto a entidades da sociedade civil atuantes na área (cf. "Programa Nacional de Humanização Hospitalar", elaborado pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, 2.001, https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf)

Detalhe importante: os programas em questão não implicarão em maiores ônus financeiros ao contrato de gestão, eis que o papel destinado à Policlínica, operacionalizado pela Comissão, será o **de identificar carências da comunidade e empreender esforços na captação de recursos**, **articulando e liderando esse processo de evidente natureza colaborativa**.

ORIGEM

As responsabilidades sociais da Policlínica em relação à comunidade como um todo terão papel de destaque. O compromisso com a comunidade externa será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Responsabilidade Social desempenhará papel visceral importância, inclusive quanto à **ressignificação da relação entre colaboradores da saúde e sociedade**.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional da Policlínica, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Médica, sendo norteada pelo Regimento Interno da Comissão de Responsabilidade Social.

A comissão deverá ser composta por no mínimo 5 (cinco) membros, sendo esses, obrigatoriamente, representantes área da assistência social, psicologia, Ouvidoria,

Recursos Humanos e Enfermagem.

I. Representante da Assistência Social;

II. Representante da Psicologia;

III. Representante da Ouvidoria;

IV. Representante do Setor de Recursos Humanos;

V. Representante do Setor de Enfermagem;

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Responsabilidade Social fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, sendo que seus membros só poderão ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, ou da Diretoria Médica.

Em caso de substituição dos membros, a representação já mencionada neste documento deverá ser observada. Ao término do mandato, a Direção Médica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Responsabilidade Social abrangem os seguintes itens:

I. Sensibilizar os colaboradores para a participação de ações de voluntariado junto à comunidade;

II. Identificar carências sociais observadas junto à comunidade, para fins de ulterior análise e discussão acerca de possibilidades de atuação da Policlínica e de seus colaboradores para fins de atenuação ou resolução do problema;

III. Estabelecer alianças com entidades ou lideranças da sociedade para fins de suprir necessidades da população mais carente, coordenando projetos e ações a partir de critérios impessoais e objetivos, sem que disso resultem quaisquer dispêndios

de recursos do Policlínica;

IV. Analisar questões éticas relacionadas às ações a serem propostas;

V. Contribuir para a identificação de questões sociais da região;

VI. Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população da região.

Todas as iniciativas da Comissão serão documentadas e formalizadas em relatório próprio, bem como encaminhadas à Direção Médica, para que delas tome conhecimento, em consonância com os princípios estabelecidos para a atuação da Comissão. Cumprirá também à Comissão informar à Direção Médica a respeito do início, da execução e de eventual descontinuação de suas ações.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Responsabilidade Social deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada à Direção Médica da Policlínica

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1° - Os objetivos deste regimento visam regulamentar o funcionamento da Comissão de Responsabilidade Social, bem como reforçar os princípios que a instituíram.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º - A comissão tem por finalidade:

I. Sensibilizar os colaboradores da Policlínica para a participação de ações de voluntariado junto à comunidade;

II. Identificar carências sociais observadas junto à comunidade,

para fins de ulterior análise e discussão acerca de possibilidades de atuação da Policlínica e de seus colaboradores para fins de atenuação ou resolução do problema;

III. Estabelecer alianças com entidades ou lideranças da sociedade para fins de suprir necessidades da população mais carente, coordenando projetos e ações a partir de critérios impessoais e objetivos, sem que disso resultem quaisquer dispêndios de recursos da Policlínica;

IV. Analisar questões éticas relacionadas às ações a serem propostas;

V. Contribuir para a identificação de questões sociais da região;

VI. Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população da região.

§ 1º - Todas as iniciativas da Comissão serão documentadas e formalizadas em relatório próprio, bem como encaminhadas à Direção Médica, para que delas tome conhecimento, em consonância com os princípios estabelecidos para a atuação da Comissão. Cumprirá também à Comissão informar à Direção Médica a respeito do início, da execução e de eventual descontinuação de suas ações.

§ 2º - Não haverá qualquer acréscimo sobre os vencimentos dos integrantes da Comissão, seja natureza remuneratória ou compensatória.

Artigo 3º - É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Médica da Policlínica de Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º - A Comissão será composta por membros do quadro funcional da Policlínica de Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Médica, atentando-se ao disposto no artigo 5º deste Regimento.

Artigo 5º - A comissão deverá ser composta por no mínimo 5 (cinco) membros, sendo que, destes, 5 (cinco) serão, obrigatoriamente, representantes, respectivamente, sendo esses, obrigatoriamente, representantes área da assistência social, psicologia, Ouvidoria, Recursos Humanos e Enfermagem, sendo assim sua composição

I – Representante da Assistência Social;

II – Representante da Psicologia;

III – Representante da Ouvidoria;

IV – Representante do setor de Recursos Humanos;

V – Representante da Enfermagem.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 6° - Ao presidente da Comissão, além das outras instituídas neste regimento, compete:

I. Presidir as reuniões ordinárias;

II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

III. Encaminhar aos membros da Comissão de as propostas técnicas e administrativas de seu funcionamento para apreciação e aprovação;

IV. Representar Comissão sempre que solicitado;

V. Nos seus impedimentos, indicar um representante para substituí-lo;

VI. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados por seus membros;

VII. Fazer cumprir o Regimento;

VIII. Nas decisões da Comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

IX. Indicar seu vice-presidente/coordenador;

Artigo 7° - Ao vice-presidente da Comissão, além das outras instituídas neste regimento, compete:

I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

II. Zelar pelo sigilo ético das informações, quando for o caso.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 8º - À Comissão de Reponsabilidade Social cabe:

I – Documentar e formalizar todas as suas iniciativas e ações em relatórios próprios, os quais deverão ser encaminhadas sempre e imediatamente à Direção Médica, para que delas tome conhecimento, em consonância com os princípios estabelecidos para a atuação da Comissão;

II – Informar à Direção Médica a respeito do início, da execução e de eventual descontinuação de suas ações;

III – Assessorar a Direção Médica em assuntos de sua competência;

Artigo 9º - Caberá ao Presidente da Comissão nomear, dentre os seus integrantes, um Secretário, cujas atribuições as seguintes:

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III. Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente;

IV. Organizar e manter o arquivo da Comissão;

V. Preparar a correspondência;

VI. Solicitar aos setores da Policlínica os documentos que a Comissão entender pertinente às suas ações, devolvendo-os assim que encerrados os trabalhos que ensejaram a requisição ou a pedido do setor solicitado.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 10 - As reuniões da Comissão de Responsabilidade Social serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 11 - As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 12 – As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Médica, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 13 - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Médica.

Artigo 14 - O Presidente da Comissão, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Médica.

Artigo 15 - As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 16 - Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em votação plenária prévia, nos moldes do artigo 15 deste Regimento.

Artigo 17 - As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata, a qual será encaminhada à Direção Médica, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 18 - O envio de informações e relatório de atividades, inclusive quanto ao andamento de projetos estabelecidos, deverá ser mensal e anexado à ata da reunião ordinária.

Artigo 19 - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Direção Médica.

Artigo 20 - Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 21 - Nenhum membro da Comissão, com exceção do Presidente, poderá falar em seu nome, sem que para isso esteja prévia e devidamente autorizado.

Artigo 22 - 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 Médica.

Artigo 23 - Este regimento entra em vigor na data abaixo consignada, devendo ser afixado em locais de fácil visualização pelos colaboradores da Policínica.

Formosa, ... de ... de ...

CRONOGRAMA MÍNIMO DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

MÊS	ATIVIDADES
M1	1. Criação da Comissão de Responsabilidade Social, através de uma Resolução do Diretoria Médica, instituindo o Regimento Interno e indicando nominalmente seus membros.
	2. Primeira reunião da Comissão, com o estabelecimento da agenda de reuniões mensais ordinárias.
	3. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as primeiras atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes.
	4. Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Médica. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas.
M2	Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Médica. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação.
	Realização de palestra, junto a colaboradores, realçando-se a importância do envolvimento com ações voluntárias de responsabilidade social.
M3	Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Médica. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação.
	Realização de palestra, junto a colaboradores, realçando-se a importância do envolvimento com ações voluntárias de responsabilidade social.
	Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção

M4	Médica. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação.
	Realização de palestra, junto a colaboradores, realçando-se a importância do envolvimento com ações voluntárias de responsabilidade social.
M5	Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Médica. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação.
	Realização de palestra, junto a colaboradores, realçando-se a importância do envolvimento com ações voluntárias de responsabilidade social.
M6	Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Médica. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação.
M7	Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Médica. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação.
M8, M9 e M10	Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Médica. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação.
M11	Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Médica. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação.
M12	Reunião ordinária, com ulterior encaminhamento da ata respectiva à Direção Médica. Coleta das sugestões, por parte de cada membro, para as atividades da Comissão, inclusive quanto à distribuição de tarefas por integrantes, bem

	como acompanhamento das ações implementadas e sua análise e verificação.
	Realização de palestra, junto a colaboradores, realçando-se a importância do envolvimento com ações voluntárias de responsabilidade social, destacando-se os projetos já implementados junto à unidade.

2



ÁREA DE QUALIDADE

2.1 –Qualidade Objetiva

2.1.1 - Comissão de Ética Médica

LOGO	**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Comissão de Ética de Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, constituída de acordo com a Resolução CFM n.º 2.152/2016 que revoga a Resolução CFM n.º 1.657, em vigência desde 2002, que estabelece as normas de organização, funcionamento, eleição e competências da Comissão de Ética Médica nesta instituição.

A Comissão de Ética em Médica da unidade de saúde é órgão representativo do Conselho Regional de Medicina de Goiás em caráter permanente.

A Comissão de Ética Médica será um órgão que estará subordinado ao Conselho Regional de Medicina e assessorará Diretoria Médica da unidade de Saúde, terá um presidente, um secretário e membros efetivos e suplentes.

A Comissão de Ética Médica tem seus membros, escolhidos por meio de voto facultativo, direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração para votar por outrem, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, conforme previsto no regimento interno.

O Diretor Clínico da instituição designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Atuação da Comissão é técnico-científica-educativa, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva. 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 Médica Resolução CFM nº 1.931/09.

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.

ORIGEM

A Comissão de Ética Médica exerce mediante delegação do Conselho Regional de Medicina, atividade destinada à prestação idônea de serviços Médicos na instituição, assumindo função educativa, consultiva, de conciliação, de orientação e vigilância do exercício profissional, ético e disciplinar de Medicina nesta instituição.

MEMBROS

A Comissão de Ética Médica será composta por membros efetivos e membros suplentes, eleitos dentre os médicos do corpo clínico da unidade de saúde, tendo um Presidente e um Secretário, como membros efetivos.

A Comissão de Ética Médica será composta por 3 membros efetivos e igual número de suplentes:

Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos.

Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética Médica.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Ética Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, conforme previsto no regimento interno.

fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Ética Médica será de no mínimo 12 (doze) meses e máximo de 30 (trinta) meses, com acontecimento de nova eleição com antecedência de 30 dias antes do término do mandato.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Ética Médica, no âmbito da qualidade abrange a definição das ações que visam:

Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;

Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;

Colaborar com o Conselho Regional de Medicina 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 às 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;

Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde;

Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Ética Médica deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Ética Médica, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularidades verificadas na implantação, análises e ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas primeiramente ao Conselho Regional de Medicina. A Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, podem auxiliar nas questões sobre sua competência e proporcionarão toda infraestrutura necessária ao funcionamento da Comissão de Ética Médica.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Diretorias da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.

LOGO	**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento Comissão de Ética Médica, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Ética Médica junto à Administração e Corpo Clínico da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. A Comissão de Ética Médica, tem por finalidade a definição das ações que visem orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição.

Artigo 3º. A Comissão tem funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético da Medicina, 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.

Artigo 4º. Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição.

Artigo 5º. Fortalecer o componente ético dos profissionais médicos através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.

Artigo 6º. Divulgar o Código de Ética Médica e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

Artigo 7º. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina no combate ao exercício ilegal da profissão.

Artigo 8º. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres.

Artigo 9º. Assessorar os profissionais médicos dentro de sua área de competência enquanto membro da Comissão de Ética Médica.

Artigo 10º. Realizar sindicância a pedido de interessados, do Conselho Regional de Medicina ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 11º. A Comissão de Ética Médica será composta por: 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes eleitos, com vínculo empregatício com a Instituição.

Parágrafo Único: O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

Artigo 12º. A Comissão de Ética Médica será composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes.

Parágrafo Primeiro: Não podem fazer parte da Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Segundo: Quando investidos nas funções de direção

durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 13º. Garantir a conduta ética dos profissionais médicos da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria.

Artigo 14º. Zelar pelo exercício ético da medicina.

Artigo 15º. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à Ética Médica.

Artigo 16º. Divulgar o Código de Ética Médica e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional.

Artigo 17º. Conscientizar os profissionais médicos da necessidade e importância do comportamento ético-profissional e das implicações de atitudes.

Artigo 18º. Assessorar e orientar o Diretor Médico e Clínico, demais profissionais, familiares de pacientes e comunidade em geral sobre as questões éticas, emitindo parecer, inclusive sobre projetos de pesquisas que envolvem profissionais ou pacientes.

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.

Artigo 19º. Fiscalizar o exercício ético dos profissionais médicos, incluindo a averiguação de denúncias e encaminhamentos necessários, além das condições oferecidas pela Instituição para o desempenho profissional.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 20º. A Comissão de Ética Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa terá sede em local a ser disponibilizada pela unidade, com infraestrutura básica para seu funcionamento, a Diretoria Médica da Instituição garantirá condições necessárias para o desenvolvimento das Atividades da Comissão de Ética Médica.

Artigo 21º. As reuniões da Comissão de Ética Médica serão

realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente e Secretário; com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 22º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 23º. O tempo de mandato da Comissão de Ética Médica será de 24 (vinte e quatro) meses, sendo admitida uma reeleição.

Artigo 24º. Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos.

Artigo 25º. Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética Médica.

Artigo 26º. A Comissão de Ética Médica será composta por membros que atendam os seguintes critérios:

Não podem fazer parte da Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção médica e clínica;

Os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Artigo 27º. As deliberações da Comissão de Ética serão por maioria simples, sendo prerrogativa do Presidente, além de seu voto o "voto Minerva" em caso de empate.

Artigo 28º. Os casos omissos deste regimento interno serão resolvidos pelo Conselho Regional de Medicina.

Artigo 29º. Todos os membros serão nomeados pelo Conselho Regional de Medicina. Os cargos de presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Ética Médica em votação simples pelos membros em sua primeira reunião.

Artigo 30º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 31º. As reuniões da Comissão de Ética Médica deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros

presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 32º. O envio de informações e indicadores operacionais, quando houver, deverão ser anexados a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 33º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 34º. Nenhum membro da Comissão de Ética Médica, 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 dele, e em situações não padronizadas pela Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 35º. São atribuições da Comissão de Ética Médica:

Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa;

Verificar as condições oferecidas pela Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa para o exercício profissional, bem como, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;

Assessorar a Diretoria Médica da instituição, dentro de sua área de competência;

Proceder a Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

Artigo 36 º. Ao Presidente da Comissão de Ética Médica atribui-se:

Representar a Comissão de Ética Médica;

Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;

Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas.

Parágrafo Único: O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Artigo 37º. Ao Secretário da Comissão de Ética Médica atribui-se:

Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;

Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;

Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;

Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Artigo 38º. É atribuição dos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

Eleger o presidente e o secretário;

Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;

Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;

Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO VII - DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Artigo 39º. As sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos contidos neste regimento:

Denuncia ou reclamação por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

Comunicação por escrito do Diretor Médico;

Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;

Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado.

Parágrafo Primeiro: As peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológicas.

Parágrafo Segundo: Se houver alguma denúncia envolvendo um Membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá ser afastado exclusivamente da sindicância.

Artigo 40º. Aberta a sindicância, a Comissão de Ética 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 que não atender as convocações ou solicitações da Comissão de Ética de Médica, deverá ser encaminhado para análise do Conselho Regional de Médica;

Artigo 41º. Aberta a sindicância, a CEM informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para apresentação de relatório escrito acerca da questão, oportunidade em que será facultada a exibição do rol de testemunhas, garantindo-se a produção de todas as provas.

Parágrafo Único: As sindicâncias deverão ser concluídas no prazo máximo de 60 dias, prorrogáveis por igual período a critério do Presidente, mediante solicitação justificada por escrito ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 42º. Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: prontuários, fichas clínicas, ordens de serviços e outros, que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser compilados à Sindicância.

Parágrafo Primeiro: Acesso a estes documentos são facultados somente às partes e a Comissão de Ética Médica.

Parágrafo Segundo: Toda e qualquer peças compiladas a Sindicância deverão ser capeadas, organizadas e numeradas em ordem cronológica e numérica.

Artigo 43º. O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo 44º. Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos sobre a existência ou não de indícios de conduta antiética e/ ou infração administrativa.

Parágrafo Único: Caso necessário, a Comissão poderá solicitar novas audiências dos envolvidos ou testemunhas, bem como produzir novas provas.

Artigo 45º. Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética ou administrativas, deverá ser encaminhado ao Diretor Médico, conforme previsão do regimento interno do corpo técnico da instituição, para que determine as providencias técnico administrativas a serem adotadas.

Artigo 46º. Havendo indícios de infração ético-profissional, cópia da Sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, pôr se tratar do único órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

Artigo 47º. Os casos omissos serão avaliados e decididos em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina.

Artigo 48º. Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO VIII - DAS ELEIÇÕES

Artigo 49º. Os membros da Comissão de Ética Médica serão eleitos dentre os integrantes do Corpo Técnico da unidade de saúde, obedecidas às normas regimentais, através de voto secreto e direto de seus pares.

Artigo 50º. A Comissão que estiver cumprindo o mandato fará a escolha de uma Comissão Eleitoral que se responsabilizará pela organização, apuração e proclamação dos resultados do pleito.

Parágrafo Primeiro: Enquanto a instituição não possuir Comissão de Ética Médica a escolha da Comissão Eleitoral deverá ser feita pelo Diretor Médico conforme orientações do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Segundo: Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Coordenação Médica na instituição ou Diretoria de Entidades de Classe Médica.

Parágrafo Terceiro: A Convocação para eleição será feita através de edital, que deverá conceder prazo mínimo de 14 (quatorze) dias para inscrição das chapas, o qual será encerrado em 48 (quarenta e oito) horas antes das eleições.

Artigo 51º. As eleições para a Comissão de Ética Médica serão realizadas no dia do Médico, isto é, dia 18 de outubro, nos anos pares.

Artigo 52º. O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto.

Artigo 53º. A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, por escrutinadores nomeados pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados e acompanhados por fiscais das chapas concorrentes.

Artigo 54º. Será considerada eleita a chapa que obtiver o maior número de votos. A respectiva Ata Eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para os devidos assentamentos.

Artigo 55º. Não será computado as cédulas rasuradas ou que contiverem qualquer vício, inclusive que possibilite a violação do sigilo do voto.

Artigo 56º. Os Protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo em 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral, em segunda instância a Comissão de Ética Médica e, por último, às instâncias superiores (Conselho Regional de Medicina e Conselho Federal de Medicina).

Artigo 57º. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

Artigo 58º. As Comissão de Ética Médica eleita no período de 6 (seis) meses anteriores às eleições oficiais, serão automaticamente reconduzidas não necessitando nova eleição.

Artigo 59º. Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão.

CAPÍTULO IX - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 60. Todos os estabelecimentos de assistência à saúde sob cuja égide se exerça a Medicina, em todo o território nacional, devem possuir Comissão de Ética Médica, devidamente registrada no Conselhos Regionais de Medicina, formada por médicos eleitos, integrantes do corpo clínico.

Artigo 61º. A Comissão de Ética Médica são órgãos de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

Artigo 62º. As Comissões de Ética Médica devem possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da comissão na instituição onde atua, cabendo aos diretores geral técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

Artigo 63º. Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro.

Artigo 64º. Todos os estabelecimentos de assistência à saúde sob cuja égide se exerça a Medicina, em todo o território nacional, devem possuir Comissão de Ética Médica, devidamente registrada no Conselhos Regionais de Medicina, formada por médicos eleitos, integrantes do corpo clínico.

Artigo 65º. A Comissão de Ética Médica é órgão de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, possuem funções, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

Artigo 66º. Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro.

Artigo 67º. As Comissões de Ética Médica é subordinada e vinculada ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

Artigo 68º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes a Comissão de Ética Médica, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação do Responsável Técnico.

Artigo 69º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CAPÍTULO X – HISTÓRICO DE REVISÕES

Emissão	Versão	Descrição das principais alterações
XX/XX/XX	XXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

MÊS	ATIVIDADES
M1 e M2	1. Identificar, entre os profissionais médicos da unidade de saúde, aqueles que possuem perfil adequado para compor a Comissão Eleitoral.

	2. Nomear oficialmente os membros da Comissão Eleitoral.
	3. Realizar treinamento - Palestra (Responsável: Comissão Eleitoral).
	4. Publicar edital de convocação das eleições (Responsável: Comissão Eleitoral).
	5. Realizar a inscrição das chapas (Responsável: Comissão Eleitoral).
	6. Realizar a eleição, publicar o resultado.
	7. Informar o resultado da eleição ao Conselho Regional de Medicina
	8. Elaboração de um Plano de Ações.
M3	1. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.
	2. Realizar reunião ordinária.
	3. Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.
M4	1. Elaboração de relatório mensal.
	2. Realizar reunião ordinária.
	3. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de Ética médica.
M5	1. Elaboração de relatório mensal.
	2. Realizar reunião ordinária.
M6	1. Elaboração de relatório mensal.
	2. Realizar reunião ordinária.
	3. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de Ética médica.
M7	1. Elaboração de relatório mensal.
	2. Realizar reunião ordinária.
M8	1. Elaboração de relatório mensal.
	2. Realizar reunião ordinária.
	3. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de Ética Médica.
M9	1. Elaboração de relatório mensal.
	2. Realizar reunião ordinária.
M10	1. Elaboração de relatório mensal.
	2. Realizar reunião ordinária.
	3. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de Ética Médica.
	1. Elaboração de relatório mensal.
M11	2. Realizar reunião ordinária.
	3. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de Ética Médica.
	1. Elaboração de relatório mensal.
M12	2. Realizar reunião ordinária.
	3. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de Ética Médica

2.1.2 - Comissão de Ética Multiprofissional

LOGO	**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Ética Multiprofissional é composta por uma equipe diversificada, incluindo fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e enfermeiros, entre outros profissionais.

Essa comissão estabelece independência e autonomia em assuntos éticos, assumindo funções educativas, consultivas, de conciliação, orientação e vigilância no exercício profissional, ético e disciplinar da equipe multiprofissional nesta instituição.

Todas as atividades são realizadas conforme as diretrizes dos respectivos conselhos profissionais.

ORIGEM

A Comissão de Ética Multiprofissional exerce mediante delegação do Conselhos Regionais Multiprofissionais, assumindo função educativa, consultiva, de conciliação, de orientação e vigilância do exercício profissional, ético e disciplinar multiprofissional nesta instituição.

MEMBROS

A Comissão de Ética Multiprofissional deverá ser constituída por profissionais de fonoaudiologia, psicologia, nutrição, fisioterapia, serviço social e enfermagem, dentre outras profissões de saúde do quadro de funcionários da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A Comissão de Ética Multiprofissional será constituída por solicitação e indicação da Diretoria da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, sendo seus membros efetivos e suplentes indicados pelas chefias e equipes, e com mandato de 02 (dois) anos.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Ética Multiprofissional, no âmbito da qualidade abrange a definição das ações que visam:

Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;

Colaborar tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à Ética Multiprofissional;

Atuar preventivamente, conscientizando a equipe quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da profissão;

Promover debates sobre temas da ética multiprofissional;

PRINCIPIOS DE DESENHO CONSTITUCIONAL

A Comissão de Ética Multiprofissional deverá reunir-se sempre que convocada por seu Presidente, por iniciativa própria ou por solicitação dos seus membros, para julgar denúncias contra servidores do quadro funcional da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, por inobservância do Código de Ética dos seus respectivos Conselhos, para intermediar conciliações entre partes conflitantes, ou para deliberar sobre assuntos relacionados com a Comissão de Ética Multiprofissional.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Diretorias da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.

LOGO	**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL

CAPÍTULO I - OBJETIVOS

Artigo - 1º A Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, visa desempenhar as funções educativa, preventiva e fiscalizadora dos princípios éticos que norteiam o exercício das profissões retro mencionadas nas unidades assistenciais de saúde do município.

CAPÍTULO II – COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Artigo 2°. A Comissão de Ética Multiprofissional deverá ser constituída por profissionais de fonoaudiologia, psicologia, nutrição, fisioterapia, serviço social e enfermagem, dentre outras profissões de saúde do quadro de funcionários da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Os serviços serão representados por funcionários de nível superior.

A Comissão de Ética Multiprofissional será constituída por solicitação e indicação da Diretoria da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, sendo seus membros efetivos e suplentes indicados pelas chefias e equipes, e com mandato de 02 (dois) ano.

O Presidente desta comissão será designado pela Diretoria Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, sendo escolhido entre os membros da Comissão de Ética Multiprofissional.

A Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, será composta por:

Representante da fonoaudiologia;

Representante da psicologia;

Representante da nutrição;

Representante da fisioterapia;

Representante da enfermagem;

Representante do serviço social como membros efetivos e, igual número de suplentes.

Artigo - 3º A atuação, no âmbito da Comissão de Ética Multiprofissional não enseja remuneração para seus membros, e os trabalhos nela desenvolvidos são considerados prestação de relevante serviço a Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

CAPÍTULO III – COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Artigo - 4º São atribuições da Comissão de Ética Multiprofissional:

I - Supervisionar, orientar e fiscalizar em sua área de atuação o exercício das atividades multidisciplinares, atentando para que as condições de trabalho das diversas categorias, bem como a liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos usuários e pacientes, respeitem os princípios éticos e legais no âmbito dos estabelecimentos assistenciais de saúde municipal e estadual da região;

II - Exercer suas atribuições em consonância com as deliberações e recomendações presentes no Código de Ética de cada profissão;

III - Instaurar, de ofício, processo e sindicância sobre fato ou ato lesivo ou regra de princípio de ética pública, se necessário;

IV - Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas, sempre que necessário;

a. Analisar sugestões, reclamações e denúncias sobre condutas éticas do quadro funcional multidisciplinar da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

b. Promover conciliações e interações quando não houver consenso entre membros e ou equipes.

V - Manter absoluto sigilo e confidencialidade quanto aos assuntos tratados e decididos pela Comissão de Ética Multiprofissional;

VI - Manter imparcialidade, analisando as representações, bem como os demais assuntos discutidos nas reuniões;

VII - Afirmar, disseminar, promover e zelar pelo cumprimento dos princípios éticos nas relações multiprofissionais da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa;

VIII - Planejar e executar atividades que visem à prevenção de desvios éticos;

IX - Apoiar e assessorar, quando solicitado, a Divisão de Recursos Humanos e o SAC em suas decisões referentes às condutas éticas pertinentes ao quadro funcional multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa;

X - Encaminhar para avaliação e/ou processo ético a denúncia aos Conselhos Regionais de cada categoria profissional, quando não se chegar a uma conciliação através desta Comissão;

XI - Verificar as condições de trabalho oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado ao cliente, sugerindo modificações necessárias.

Artigo - 5º Não caberá à Comissão de Ética Multiprofissional analisar questões referentes à responsabilidade da Divisão de Recursos Humanos da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Parágrafo Único - Quando solicitado, a Comissão de Ética Multiprofissional poderá assessorá-los.

Artigo - 6º. Compete ao Presidente:

Convocar e presidir as reuniões e os trabalhos da Comissão de Ética Multiprofissional;

Colocar em votação os assuntos submetidos à Comissão de Ética Multiprofissional;

Organizar a pauta das reuniões da Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, a partir de sugestão de qualquer de seus membros, admitindo-se, ao início de cada reunião, a inclusão de novos assuntos;

Assinar correspondência em nome da Comissão de Ética Multiprofissional e solicitar as assinaturas dos demais membros quando considerar conveniente;

Representar a Comissão de Ética Multiprofissional ou designar quem o faça, quando necessário;

Decidir sobre a presença de pessoas não integrantes da Comissão de Ética Multiprofissional em suas reuniões, ouvidos os membros titulares e/ou suplentes presentes;

Levar a julgamento, em caso de urgência, matéria não constante da pauta, com a presença dos membros titulares, e, na ausência de algum deles, com a convocação de um dos membros suplentes;

Cumprir e fazer cumprir as deliberações da Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa;

Outros assuntos correlatos.

Artigo - 7º Compete aos Membros Titulares:

Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética Multiprofissional;

Instruir as matérias submetidas à deliberação da Comissão de Ética Multiprofissional;

Providenciar a instrução de matéria nos casos em que houver necessidade de parecer sobre a legalidade de ato a ser por ela baixado;

Requisitar aos funcionários e profissionais submetidos ao Código de Conduta Ética documentos, informações e subsídios para instruir assunto sob apreciação desta Comissão;

Debater a matéria e os processos em discussão;

Votar sobre os assuntos analisados e/ou discutidos nas reuniões, para a sua deliberação final;

Convocar reuniões extraordinárias;

Relatar os expedientes da Comissão de Ética Multiprofissional;

Comparecer às reuniões da Comissão de Ética Multiprofissional, quando convocado pelo Presidente;

Justificar ausência em prazo hábil, para que haja tempo de convocação de outro membro;

Representar a Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa em atos públicos, por delegação de seu Presidente.

Artigo - 8º Compete ao Membro Suplente:

Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética Multiprofissional;

Substituir/Representar o membro titular em sua ausência, exercendo todas as atividades pertinentes ao membro titular, inclusive com direto a voz e voto;

Participar das reuniões da Comissão de Ética Multiprofissional juntamente com o membro titular com direito a voz e voto, desde que convocado pelo presidente desta Comissão.

Artigo - 9º. Compete ao Secretário:

Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;

Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Multiprofissional;

Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Multiprofissional.

Ao Secretário do Núcleo das Comissões da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, participará de todas as reuniões e desempenhará as funções descritas abaixo em caráter confidencial:

Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Multiprofissional;

Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Multidisciplinar;

Comunicar aos membros sobre reuniões convocadas pelo presidente;

Emitir e enviar os Pareceres de resultados elaborados pela Comissão;

Na ausência da (o) secretária (o) do Núcleo das Comissões - Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, nas reuniões desta Comissão, o (a) Secretário (a) da mesma poderá exercer funções inerentes a esta, após autorização da (o) Presidente desta Comissão.

CAPÍTULO VI – DO FUNCIONAMENTO

Artigo – 10º. A Comissão de Ética Multiprofissional deverá reunir-se sempre que convocada por seu Presidente, por iniciativa própria ou por solicitação dos seus membros, para julgar denúncias contra servidores do quadro funcional da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, por inobservância do Código de Ética dos seus respectivos Conselhos, para intermediar conciliações entre partes conflitantes, ou para deliberar sobre assuntos relacionados com a Comissão de Ética Multiprofissional.

Artigo – 11º. Haverá obrigatoriedade de registro em ata de todas as reuniões realizadas, inclusive aquelas com a presença de funcionários e profissionais submetidos ao Código de Ética, rubricado pelos presentes em todas as páginas.

Artigo - 12º. A acusação de inobservância do Código de Ética deverá ser formalizada por escrito, no prazo máximo de trinta (30) dias corridos, após a ocorrência do fato, identificada e assinada por pessoa física ou jurídica, dirigida à Comissão de Ética Multiprofissional, contendo todas as informações necessárias, juntamente com todas as provas documentais de que dispuser, para a apuração dos fatos.

Artigo - 13º. Denúncias que envolvam funcionários ou profissionais da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, e pacientes deverão ser encaminhadas, a esta Comissão, através da ouvidoria da Unidade.

Parágrafo Único - Antes de encaminhar as denúncias para esta Comissão a ouvidoria deverá proceder a uma avaliação de competência. Recebida a denúncia, o Presidente convocará reunião da Comissão de Ética Multiprofissional para apuração dos fatos.

I - A denúncia poderá não ser acolhida se após avaliação constatar-se que ela não tem consistência ou não é de competência desta Comissão.

II - Em caso de não acolhimento da denúncia, o Presidente comunicará tal decisão ao denunciante, justificando-a, por escrito, não cabendo recurso ao denunciante se proferida por unanimidade.

III - Após a acolhida da denúncia, o Presidente convocará o denunciante e o denunciado, separadamente, para serem ouvidos pela Comissão de Ética Multiprofissional ou por parte de seus membros.

CAPÍTULO V - PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Artigo - 14º Para sindicância dos fatos, a Comissão de Ética Multiprofissional poderá solicitar pareceres durante a apuração.

I - Os pareceres poderão ser emitidos por membros da própria Comissão de Ética Multiprofissional, neste caso ficam responsáveis os membros que pertencem à mesma categoria profissional do denunciante e/ou denunciado.

II - Caso não haja representantes profissionais na Comissão de Ética Multiprofissional que possam elaborar este parecer, o presidente da Comissão de Ética Multiprofissional poderá indicar um profissional da mesma categoria para emitir um parecer. Este deverá ser aprovado pelos demais membros da Comissão de Ética Multiprofissional.

Artigo - 15º Durante a apuração dos fatos e até elaboração do relatório final o presidente da Comissão de Ética Multiprofissional nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo - 16º Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Multiprofissional reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo Único. Caso necessário, a Comissão de Ética Multiprofissional poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Artigo - 17º Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada aos Conselhos Regionais das partes envolvidas, para a competente tramitação.

Artigo - 18º Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Multiprofissional poderá procurar conciliação entre as partes envolvidas no âmbito da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

I - Caso haja conciliação, a Comissão de Ética Multiprofissional lavrará tal fato em ata específica e Parecer Técnico.

II - Não havendo a conciliação de que trata este artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado aos Conselhos Regionais das partes envolvidas para as providências administrativas cabíveis.

Artigo - 19º Todos os assuntos debatidos em reunião, sejam matérias da própria Comissão ou sindicância de denúncias, deverão ter caráter sigiloso.

Parágrafo Único - Após emissão do relatório conclusivo apenas as partes envolvidas e os membros da Comissão de Ética Multiprofissional terão acesso às atas e arquivos do fato.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo - 20º Os membros da Comissão de Ética Multiprofissional devem dar-se por impedidos quando forem:

I - Parte da causa;

II - Cônjuge, parente, consanguíneo ou afim, de alguma das partes, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau;

III - Integrantes de órgão de administração ou direção de pessoa jurídica parte na causa;

IV - Interessados na sindicância da causa em favor de uma das partes.

Poderá ser solicitado o impedimento de qualquer um dos membros da Comissão de Ética Multiprofissional, por uma das partes envolvidas, desde que este comprove pelo menos uma das condições de impedimento acima estipulado.

Compete à própria Comissão de Ética Multiprofissional decidir sumariamente sobre o impedimento de um dos seus membros.

Artigo - 21º A Comissão de Ética Multiprofissional será dissolvida por decisão da Comissão e/ou da Diretoria da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa em reunião, especialmente convocada para esse fim, quando se tornar impossível a continuidade de suas atividades.

Artigo - 22º As ausências dos membros da Comissão de Ética Multiprofissional em reuniões deverão ser justificadas por escrito e encaminhadas para o Núcleo das Comissões da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, para apreciação junto ao Presidente desta Comissão. Três ausências consecutivas não justificadas ocasionará o desligamento e substituição do membro faltoso.

Artigo - 23º Este Regimento poderá ser alterado quando:

Após a avaliação de desempenho da Comissão de Ética Multiprofissional, observar-se falhas ou incoerências em seu conteúdo;

Pela exigência de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo - 24º As determinações deste Regimento terão efeito a partir da aprovação do Diretor Médico da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Artigo - 25º Os casos omissos serão decididos em reunião pela própria Comissão de Ética Multiprofissional.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL

MÊS	ATIVIDADES

M1	1. Identificar, entre os profissionais da unidade de saúde, aqueles que possuem perfil adequado para compor a Comissão Eleitoral
	2. Nomear oficialmente os membros da Comissão Eleitoral.
M2	3. Realizar treinamento - Palestra (Responsável: Comissão Eleitoral).
	4. Publicar edital de convocação das eleições (Responsável: Comissão Eleitoral).
	5. Realizar a inscrição das chapas (Responsável: Comissão Eleitoral).
	6. Realizar a eleição, publicar o resultado.
	8. Elaboração de Plano de Ação.
M3	1. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.
	2. Realizar reunião ordinária.
	3. Reunião com o Corpo Multidisciplinar para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.
M4	1. Realizar reunião ordinária. mensal.
	2. Realização de Oficinas de Estudos sobre códigos de Ética multiprofissionais
	3. Elaboração de relatório
M5	1. Realizar reunião ordinária
	2. Realizar auditorias em prontuários (registros Multidisciplinares)
	3. Elaboração de relatório mensal
M6	1. Realizar reunião ordinária
	2. Rondas quinzenais: para "diálogo com ética" com os profissionais do plantão.
	3. Elaboração de relatório mensal.

M7	1. Realizar reunião ordinária.
	2. Realizar auditorias em prontuários (registros Multidisciplinares)
	3. Elaboração de relatório mensal
M8	1. Realizar reunião ordinária. mensal.
	2. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de ética
	3. Elaboração de relatório
M9	1. Realizar reunião ordinária.
	2. Realizar auditorias em prontuários (registros Multidisciplinares)
	3. Elaboração de relatório mensal
M10	1. Realizar reunião ordinária. mensal.
	2. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de Ética Multiprofissional
	3. Elaboração de relatório
M11	1. Realizar reunião ordinária.
	2. Realizar auditorias em prontuários (registros Multidisciplinares)
	3. Elaboração de relatório mensal
M12	1. Realizar reunião ordinária. mensal.
	2. Realização de Oficinas de Estudos sobre o Código de Ética Multiprofissional
	3. Elaboração de relatório

2.1.3 - Comissão de Biossegurança

LOGO	**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Biossegurança, é constituída para acompanhamento das ações e proposição de ações em cumprimento à Norma Regulamentadora nº 32, aprovada pela Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005, do Ministério do Trabalho e Emprego, visando estabelecer a implementação de medidas de proteção à segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Atuação da Comissão é técnico-científica-educativa, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

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.

ORIGEM

As responsabilidades sociais da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa em relação à assistência e segurança de seus colaboradores são metas prioritárias e de alta relevância. O compromisso com o colaborador será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Biossegurança desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Médica será norteada pelo Regimento Interno da Comissão de Biossegurança.

A Comissão de Biossegurança deve ser constituída, de preferência, pelos seguintes membros:

Representante da Comissão de Controle de Infecção e Núcleo de Segurança do Paciente;

Representante da Comissão de Prevenção de Riscos de Acidentes com Perfurocortantes;

Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SESMT);

Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

Representante da Comissão de Proteção Radiológica;

Representante do Laboratório Clínico;

Representante da Divisão de Enfermagem;

Representante da Unidade Multiprofissional;

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Biossegurança da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Biossegurança será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido dos mesmos, da Diretoria Médica. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à Direção Médica para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Médica poderá renovar a Comissão

em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Biossegurança, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados aos acidentes com material biológico ocorridos na unidade de saúde;

Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;

Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

Através da avaliação dos incidentes e riscos de exposição avaliados, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão de Biossegurança, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo estes:

Nº de Acidentes com materiais biológicos ocorridos/investigados;

Nº de eventos notificados ao SESMT;

Nº de Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT por exposição à material biológico abertas.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Biossegurança deverá reunir-se bimestralmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Biossegurança, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularidades verificadas nas análises e ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, que irá auxiliar nas questões sobre sua competência.

Compete a Comissão de Biossegurança a análise de 100% (cem por cento) dos acidentes e riscos destes com material biológico ocorridos na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

NOTA: A Comissão de Biossegurança deverá manter estreita relação com as Comissões Interna de Prevenção de Acidentes e de Prevenção de Riscos de Acidentes com Material Perfurocortante da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios individuais ou coletivos a Diretoria Médica.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Diretorias da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.

LOGO	**PROSPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1°. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Biossegurança, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Biossegurança junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2°. A Comissão de Biossegurança da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, tem como objetivo conscientizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

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

Artigo 3°. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4°. A Comissão de Biossegurança terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

Representante da Comissão de Controle de Infecção e Núcleo de Segurança do Paciente;

Representante da Comissão de Prevenção de Riscos de Acidentes com Perfurocortantes;

Representante da Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT);

Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

Representante da Comissão de Proteção Radiológica;

Representante do Laboratório Clínico;

Representante da Divisão de Enfermagem;

Representante da Unidade Multiprofissional.

Parágrafo único. Caberá à área da Segurança do Trabalho a articulação das ações, no que se refere à biossegurança, garantindo a unificação destas ações.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 5°. É competência da Comissão de Biossegurança promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais, e através destas:

Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde,

Comissão de Controle de Infecção, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;

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.

Artigo 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

Artigo 7º. A Comissão de Biossegurança da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade, com infraestrutura básica para seu funcionamento.

Artigo 8º. As reuniões da Comissão de Biossegurança serão realizadas bimestralmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 9º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 10º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Médica, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 11º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Médica.

Artigo 12º. Todos os membros serão nomeados pela Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Biossegurança.

Artigo 13º. As decisões da Comissão de Biossegurança serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 14º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária

prévia.

Artigo 15. As reuniões da Comissão de Biossegurança deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Diretorias da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 16º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 17º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 18º. Nenhum membro da Comissão de Biossegurança, 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 pela Comissão de Biossegurança.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 19º. São atribuições do presidente da Comissão de Biossegurança, além das outras instituídas neste regimento:

Encaminhar a pauta da reunião para o secretário da Comissão fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedências das reuniões ordinárias;

Presidir as reuniões;

Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da Instituição, ou indicar seu representante;

Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros desta;

Fazer cumprir o regimento interna da Comissão de Biossegurança da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa;

Nas decisões da Comissão de Biossegurança, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

Indicar seu vice-presidente/coordenador;

Artigo 20º. Ao vice-presidente da Comissão Biossegurança, além das outras instituídas neste regimento, é atribuído:

Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

Executar atribuições que lhe forem delegadas;

Zelar pelo sigilo ético das informações e cumprimento do regimento interno da Comissão de Biossegurança da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Artigo 21º. São atribuições do Presidente e do Vice-Presidente, em conjunto:

Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

Delegar atribuições aos membros da Comissão;

Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Artigo 22º. São atribuições da Secretaria da Comissão de Biossegurança:

Receber e protocolar os processos e expedientes;

Lavrar a ata das sessões/reuniões;

Convocar os membros da Comissão de Biossegurança para as reuniões determinadas pelo presidente;

Organizar e manter o arquivo da Comissão de Biossegurança;

Preparar a correspondência;

Solicitar ao demais setores e/ou comissões documentação

necessária a avaliação, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Artigo 23º. São atribuições de todos os membros da Comissão de Biossegurança:

Participar de todas as reuniões convocadas e em caso de situações que inviabilizem sua participação realizar por escrito a justificativa para a falta;

Desenvolver e participar ativamente das atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes;

Ser um agente ativo nos que se refere aos assuntos de educação e prevenção da Comissão de Biossegurança na unidade a qual representa e em toda unidade.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 24º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Biossegurança, em conjunto com a Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

Artigo 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 ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Médica.

Artigo 26º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

MÊS	ATIVIDADES
M1 e M2	1. Criar a Comissão de Biossegurança, através de Resolução do Diretor Médico.
	2. Dar a conhecimento, realizar as correções pertinentes e aprovar o Regimento Interno da Comissão de Biossegurança.
M3	1. Elaboração do plano de Biossegurança. 2. Fixar possíveis datas para as reuniões.
	3. Aprovação pela Diretoria Médica.
M4	1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;
	2. Discussão de medidas educativas;
M5	1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;
	2. Discussão de medidas educativas;
M6	1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;
	2. Discussão de medidas educativas;
M7	1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;
	2. Discussão de medidas educativas;
M8	1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;
	2. Discussão de medidas educativas;
M9	1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;
	2. Discussão de medidas educativas;
M10	1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;
	2. Discussão de medidas educativas;

M11	1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;
	2. Discussão de medidas educativas;
M12	1. Análise de acidentes do Trabalho do mês anterior;
	2. Discussão de medidas educativas;

2.1.4 – Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

LOGO	**PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)**	Código: XXX-XXX-XXX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CONSTITUIÇÃO

O Diretor Médico da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa no uso de suas atribuições legais e estatutárias, conforme determina a portaria MS nº 2616, de 12 de maio de 1998, institui a Comissão de Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa

Para a adequada execução do PCIH fica constituída a Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (CCIRAS), órgão de assessoria à autoridade máxima da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa para a execução das ações de Controle de Infecção Relacionadas a Assistência à Saúde.

ORGANIZAÇÃO

A CCIRAS deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados:

Os membros da CCIRAS serão de dois tipos: consultores e executores;

O Coordenador da CCIRAS será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa;

Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços:

- Serviço médico;

- Serviço de enfermagem;
- Serviço de farmácia;

  Laboratório de microbiologia;
- Administração.

FINALIDADE DA COMISSÃO

1. Elaborar, implementar, manter e avaliar Programa de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde, adequado às características e necessidades da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa;

2. Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, de acordo com o Anexo III da portaria 2616;

3. Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções relacionadas a assistência à saúde;

4. Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções relacionadas a assistência à saúde;

5. Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

6. Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções relacionadas a assistência à saúde e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIRAS;

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

8. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa a situação do controle das infecções relacionadas a assistência, promovendo seu amplo debate na comunidade da policlínica;

9. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na policlínica, por meio de medidas de precaução e de isolamento quando cabível;

10. Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções de modo geral, inclusive as comunitárias;

11. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais para a instituição;

12. Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas nos setores afins de obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que se diz respeito ao controle das infecções;

13. Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde;

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

15. Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob Vigilância Epidemiológica (notificação compulsória), atendidos e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

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

PRINCÍPIOS E DESENHO CONSTITUCIONAL

A Comissão de Controle de Infecção Relacionadas a Assistência à Saúde, caracteriza-se como colegiado interdisciplinar e independente, com função primordial de assessorar a diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, e ainda possui caráter educativo e deliberativo, tem como principal objetivo a defesa dos pacientes e usuários da Policlínica no que tange sua integridade e dignidade para contribuir para receber assistência a sua saúde dentro dos padrões técnicos, legais e éticos.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Caberá ao Coordenador do CCIRAS encaminhar o registro da comissão nos órgãos competentes. Os membros executores serão, no mínimo, 2 (dois) técnicos de nível técnico e superior da área de saúde com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais.

Cabe à Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa o provimento de condições para o funcionamento do CCIRAS, conforme as portarias 2616 do Ministério da Saúde.

LOGO	**PROPOSTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)**	Código: XXX-XXX-XXX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA A SAÚDE

CAPÍTULO I. DA DENOMINAÇÃO

Artigo 1º. Atendendo à Portaria de número 2616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, estrutura-se a Comissão de Controle de Infecção RELACIONADA À SAÚDE (CCIRAS) da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

CAPÍTULO II. DA NATUREZA E FIM

Artigo 2º. A CCIRAS da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, é uma Comissão permanente, deve atuar como órgão assessor da Diretoria Médica, com autonomia plena para decidir sobre assuntos que, direto ou indiretamente, estejam relacionados com o controle de infecção.

Artigo 3º. As decisões emanadas da CCIRAS serão encaminhadas à Diretoria Médica para as providências pertinentes.

Artigo 4º. A CCIRAS tem por finalidade constituir o suporte

operacional do Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS) da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, que compreende o conjunto das ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, tendo em vista à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções relacionadas à assistência à saúde.

CAPÍTULO III. DA CONSTITUIÇÃO

Artigo 5º. A CCIRAS terá composição multidisciplinar e multiprofissional e os profissionais deverão ter sua indicação homologada pela Diretoria Médica. Seus membros serão de dois tipos: executores e consultores.

Artigo 6º. O núcleo básico da CCIRAS é constituído pelo Serviço de Controle de Infecção de Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS), que são membros executores do PCIRAS Da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Artigo 7º. O grupo de consultores será constituído de profissionais da saúde de nível superior, representantes dos seguintes serviços:

Médico;

Enfermagem;

Farmácia;

Unidade de Apoio Diagnóstico;

Representante da Equipe Multiprofissional;

Representante da Administração.

Parágrafo Único: São membros consultores, representativos da administração, não tendo participação nas ações executoras do PCIRAS.

Artigo 8º. O mandato de cada um dos membros executores é de duração indefinida, dependendo do tempo de exercício profissional deles, uma vez que o SCIRAS é de caráter técnico científico, que se beneficia com a experiência de seus membros.

Artigo 9º. O Coordenador da CCIRAS será um dos membros da mesma, designado pela Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Artigo 10º. A composição da CCIRAS poderá ser modificada a

critério da Diretoria Médica da Policlínica, sendo a nomeação realizada através de ato formal específico.

CAPÍTULO IV. DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Artigo 11º. São atribuições da CCIRAS:

Referendar as diretrizes para a ação de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde;

Ratificar a programação anual de trabalho do Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

Informar-se sistemática e periodicamente sobre os dados de infecção levantadas pelo SCIRAS e aprovar as medidas de controle propostas pelo mesmo.

Artigo 12º. A CCIRAS e ao SCIRAS compete:

Definir diretrizes para a ação do Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Ser órgão encarregado da execução das ações programadas no controle de infecções.

Elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Realizar investigação epidemiológica dos casos e surtos de infecção sempre que indicado e implementar medidas imediatas de controle.

Propor, elaborar, implantar e implementar com o apoio da administração e supervisionar em parceria multiprofissional a aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando prevenir, tratar e eliminar a disseminação das infecções em curso na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Cooperar com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários no

que diz respeito ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Elaborar e divulgar regularmente relatórios, informando sobre os índices de infecção e padrão de resistência bacteriana na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Desenvolver um Programa de uso racional de antimicrobianos, através da implantação do sistema de auditoria de antimicrobianos.

CAPÍTULO V. DAS REUNIÕES

Artigo 13º. Os membros consultores e executores se reunirão ordinariamente a cada 2 (dois) meses e extraordinariamente sempre que houver necessidade.

Parágrafo Primeiro: Os membros da comissão definirão anualmente calendário fixo de reuniões ordinárias conforme cronograma anexo, convocadas com 5 (cinco) dias de antecedência.

Parágrafo Segundo: As reuniões serão realizadas na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, sempre na primeira quarta feira de cada mês, às 09:00h.

Parágrafo Terceiro: As reuniões ordinárias da CCIRAS serão realizadas com a presença de no mínimo, metade mais um de seus integrantes.

Parágrafo Quarto: A reunião extraordinária pode ser realizada somente com o Núcleo Executor da CCIRAS.

Parágrafo Quinto: As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes.

Parágrafo Sexto: Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Parágrafo Sétimo: Assinatura da ata da reunião anterior.

Artigo 14º. As reuniões ordinárias e extraordinárias deverão ser convocadas pelo coordenador.

Artigo 15º. Os membros executores se reunirão mensalmente para

elaborar relatório com os indicadores epidemiológicos e divulgar nas reuniões ordinárias para os serviços e direção Médica.

Artigo 16º. As reuniões da CCIRAS serão contabilizadas dentro da carga horária de trabalho de cada membro, bem como a carga horária utilizada para participar dos grupos de trabalho caso esteja inserido em algum.

CAPÍTULO VI. DAS DECISÕES E DELIBERAÇÕES

Artigo 17º. As decisões da CCIRAS serão baseadas exclusivamente em critérios técnico-científicos, baseados na portaria 2.616/98.

Artigo 18º. As decisões da CCIRAS serão comunicadas à Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, a qual caberá adotar as medidas necessárias para torná-las efetivas.

Artigo 19º. Todas as decisões, deliberações e resoluções da CCIRAS deverão ser apoiadas pela Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, a qual caberá fornece toda infraestrutura necessária tanto ao funcionamento da CCIRAS quanto do SCIRAS.

CAPÍTULO VII. DAS FUNÇÕES DOS MEMBROS DA CCIRAS

Artigo 20º. São funções do coordenador:

Convocar as reuniões ordinárias, de acordo com o cronograma estabelecido em comum acordo com os demais membros da comissão;

Convocar as reuniões extraordinárias da comissão, de acordo com o disposto neste regimento;

Presidir e coordenar as reuniões da comissão;

Representar a comissão ou indicar substituto para representá-lo;

Racionalizar o uso de antimicrobianos na Policlínica juntamente com o serviço de farmácia;

Calcular os índices mensais de Infecção Relacionadas a assistência à saúde e redigir relatório mensal;

Elaborar e administrar Programas de Educação na área de Infecção relacionadas a assistência a nível multiprofissional, juntamente com o Núcleo de Educação Permanente;

Cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo 21º. Compete aos membros da CCIRAS:

Estudar e relatar nos prazos estabelecidos as matérias que lhe forem atribuídas pela Comissão;

Participar das reuniões da comissão relatando os expedientes, proferindo voto ou pareces e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;

Desempenhar atribuições designadas pela Comissão.

Artigo 22º. São atividades dos membros executores

I – Enfermeiro (a):

a. Realizar vigilância epidemiológica das infecções, através do método de buscas ativa e passiva (ou notificação controlada);

b. Fornecer a taxa mensal de infecção das unidades sob vigilância;

c. Fazer a investigação de surtos;

d. Realizar visitas às unidades aos diversos setores da Policlínica para detectar inadequações, bem como orientar sobre as devidas recomendações necessárias;

e. Avaliar e orientar medidas de isolamento e precauções junto à equipe multiprofissional;

f. Verificar o funcionamento mensal, e sempre que necessário, das autoclaves, através do controle de temperatura, pressão e tempo do ciclo de esterilização fornecido pelo responsável do setor;

g. Monitorar a qualidade de esterilização das autoclaves, através de testes biológicos, realizados semanalmente pelo pessoal do setor e após manutenção

preventiva da aparelhagem;

h. Elaborar planos de limpeza, desinfecção e esterilização para os diversos setores da Policlínica em conjunto com responsável pelo serviço de higienização;

i. Normatizar junto com comissão de Farmácia e Terapêutica o uso de germicidas na Policlínica;

j. Fornecer junto com outros membros da CCIRAS/SCIRAS parecer técnico quanto à aquisição de materiais e equipamentos e parecer técnico quanto a reformas de instalações prediais;

k. Elaborar normas e protocolos para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde;

l. Avaliar, orientar e treinar em conjunto com equipe multiprofissional os profissionais da saúde quanto a procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização;

m. Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIRAS;

n. Providenciar sobre a higienização da caixa d'agua semestralmente e análise da água periodicamente, juntamente com a empresa competente para esses fins;

II - Médico (a):

a. Proceder à investigação epidemiológica em colaboração com as equipes das unidades envolvidas e demais membros da CCIRAS/SCIRAS;

b. Supervisionar e revisar os casos levantados pela vigilância epidemiológica dos enfermeiros e assessorar tecnicamente este sistema;

c. Proceder à investigação epidemiológica de surtos ou suspeitas de surtos, em colaboração com os demais membros da CCIRAS/SCIRAS;

d. Recomendar os isolamentos nos pacientes com infecções transmissíveis;

e. Assessorar o corpo clínico sobre a racionalização no uso de antimicrobianos;

f. Assessorar à Direção Médica da Policlínica sobre questões relacionadas ao controle das infecções ambulatoriais;

g. Rever e normatizar a indicação de procedimentos invasivos, juntamente com os demais membros da equipe;

h. Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle das infecções e ao uso de antimicrobianos;

i. Divulgação dos resultados de exames em andamento no laboratório de bacteriologia, a respeito de pacientes infectados ou colonizados por microrganismos multirresistente ou de atenção epidemiológica especial;

j. Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIRAS;

III – Farmacêutico:

a. Elaborar relatórios periódicos sobre o consumo, custos e frequência de uso de antimicrobianos;

b. Elaborar, em conjunto com o SCIRAS e Corpo Clínico, os protocolos de uso de antimicrobianos e germicidas, definindo políticas de uso, tais como antibioticoprofilaxia em casos de Meningites, choque séptico ou outras patologias de alto grau de infectividade que coloque em risco os usuários, profissionais ou comunidade em geral; antimicrobianos especiais e não padronizados, visando o uso racional e seguro destes produtos;

c. Rever anualmente a padronização dos antimicrobianos e germicidas, em conjunto com o Setor de Farmácia;

d. Monitorar diariamente o consumo de antimicrobianos;

e. Fornecer informações sobre os antimicrobianos (dose, vias de administração, estabilidade, modo de preparo, conservação etc.) e germicidas;

f. Manter-se atualizado sobre os germicidas e os antimicrobianos, entre outras questões;

g. Participar da investigação de casos suspeitos de contaminação por soluções parenterais e outros;

h. Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas

de surtos;

i. Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIRAS;

CAPÍTULO VIII. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 23º.. Com exceção do Coordenador, nenhum membro da CCIRAS pode falar em nome da Comissão sem que esteja devidamente autorizado para tal.

Artigo 24º. Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis reuniões intercaladas no período de um ano dando ciência a Diretoria Médica para nomeação de novo membro para substituição.

Artigo 25º. A Comissão poderá convidar colaboradores para contribuir com o desenvolvimento de seus trabalhos.

Artigo 26º. Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CCIRAS em reunião.

Artigo 27º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, o presente regimento poderá ser alterado, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Médica para aprovação.

Artigo 28º. Este regimento entrará em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL - CCIRAS

M1	Reunião Ordinária: Criação e aprovação do Programa de Controle de Infeção da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa
M2	Reunião Extraordinária: Elaboração do Relatório e encaminhar para diretoria Médica
M3	Reunião Ordinária: Discursão de Caso Clínico de Infecção de maior Incidência na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.
M4	Reunião Extraordinária: Avaliação Trimestral

M5	Reunião Ordinária: Doenças de Notificação Compulsória;
M6	Reunião Extraordinária: Elaboração do Relatório e encaminhar para diretoria Médica
M7	Reunião Ordinária: Treinamento de Equipes
M8	Reunião Extraordinária: Elaboração do Relatório e encaminhar para diretoria Médica
M9	Reunião Ordinária: Discussão das IRAS para plano de ação de melhorias
M10	Reunião Extraordinária: Elaboração do Relatório e encaminhar para diretoria Médica
M11	Reunião Ordinária: Principais infecções tratadas/notificadas na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa
M12	Reunião Extraordinária – Avaliação dos 12 meses

2.1.5 - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

LOGO	**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários deve ser constituída em atendimento seguindo definições da Resolução do Conselho Federal de Medicina de Nº 1.638 de 10 de julho de 2002, que torna obrigatório a existência da Comissão de Prontuários nas instituições de saúde.

Atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

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.

ORIGEM

As responsabilidades sociais da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa em relação à assistência e pesquisa serão de alta relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Médica será norteada pelo Regimento Interno da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

A comissão deverá ser composta por no mínimo 4 (quatro) membros, sendo formada por profissionais de diferentes formações (médicos, enfermeiros, administradores, etc.).

Caso a Comissão seja formada por mais de 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:

1 (um) Médico

1 (um) Enfermeiro

2 (dois) Membros da equipe multiprofissional (sendo necessariamente 1 assistente social)

1 (um) Membro do SAME

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Comissão de Análise e Revisão de Prontuário da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido deles ou da Diretoria Médica. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à Direção Médica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Médica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

Corrigir fatores que não estão permitindo a continuidade da assistência;

Identificar meios que possibilite a elaboração do diagnóstico, avaliação mais eficiente do paciente, a comunicação entre diferentes equipes e entre diferentes períodos;

Garantir que o prontuário seja uma fonte de segurança para o paciente, informando sobre alguma reação adversa a medicamentos que o paciente possa ter;

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;

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.

Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a população da região.

Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

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 estes:

- Nº de Prontuários avaliados;

- Taxa (%) de Prontuários avaliados;

- Nº de prontuários com identificação completa;

- Nº de prontuários completos em relação a Avaliação, exames e resultados de exames;

- Nº de prontuários com letra legível;

- Nº de prontuários com Ficha anestésica preenchida;

- Nº de prontuários com Informe de Procedimentos Realizados;

- Nº de prontuários sem Informe de Procedimentos Realizados;

- Taxa (%) de prontuários com Informe de Procedimentos Realizados.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas nos prontuários, devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, que irá notificar os profissionais a respeito do preenchimento incorreto e métodos a serem utilizados para correções.

Compete a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários através da justa e rigorosa observância dos itens a serem monitorados e avaliados periodicamente de forma amostral de um número "N" de prontuários, deverá observar uma série de itens mínimos que deverão constar obrigatoriamente do prontuário do paciente, gerando os indicadores acompanhados na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

NOTA: A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com as Comissões da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios à Diretoria Médica.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Diretorias da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa,

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.

LOGO	**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. Atender a resolução Conselho Federal de Medicina Nº 1.638/2002, 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

Artigo 3º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A composição mínima da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários deverá ser de 4 (quatro) membros, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade.

Artigo 5º. Os serviços abaixo definidos, conforme sua

existência/perfil na unidade de saúde devem contar com representantes:

1 (um) Médico;

1 (um) Enfermeiro;

1 (um) Ass. Social;

1 (um) representantes da equipe multiprofissional;

1 (um) membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME).

Parágrafo Único - A critério da Direção Médica e da própria comissão, a carga horária total de 1 (um) ou mais membros poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas às necessidades dos serviços.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 6º. Ao presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, além das outras instituídas neste regimento, compete:

Presidir as reuniões ordinárias;

Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

Encaminhar aos membros da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comissão para apreciação e aprovação;

Representar Comissão de Análise e Revisão de Prontuários sempre que solicitado;

Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;

Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários previamente aprovados pelos membros desta;

Fazer cumprir o regimento;

Nas decisões da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários,

além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

Indicar seu vice-presidente/coordenador.

Artigo 7°. Ao vice-presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, além das outras instituídas neste regimento, compete:

Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

Zelar pelo sigilo ético das informações.

Artigo 8°. À Comissão de Análise e Revisão de Prontuários compete:

Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários ou outro serviço interessado;

Assessorar a Direção Médica 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 da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa;

Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

Avaliar periodicamente os dados referentes à análise dos prontuários e suas inconsistências para correções;

Zelar pelo sigilo ético das informações;

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 9°. A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, será presidida por um médico, nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Médica.

Artigo 10°. A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade, com infraestrutura básica para seu funcionamento.

Artigo 11°. As reuniões da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 12º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 13º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Médica, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 15º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Médica.

Artigo 16º. Todos os membros serão nomeados pela Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

Artigo 17º. As decisões Comissão de Análise e Revisão de Prontuários serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 18º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 19º. As reuniões da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Diretorias da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, contendo: data e hora dela, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 20º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 21º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 22º. Nenhum membro da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, 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 dele, e em situações não padronizadas pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 23º. São atribuições de todos os membros da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários:

Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos aos prontuários que lhe forem enviados;

Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários;

Realizar a revisão dos prontuários de acordo com este regimento;

Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos itens obrigatórios nos prontuários como:

- ✓ 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;
- ✓ 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;
- ✓ Obrigatoriedade do registro de atendimento do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;

- ✓ Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários.

Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 24º. São atribuições do Secretário da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários:

Receber e protocolar os processos e expedientes;

Lavrar a ata das sessões/reuniões;

Convocar os membros da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários para as reuniões determinadas pelo presidente;

Organizar e manter o arquivo da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

Preparar a correspondência;

Solicitar ao SAME todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 25º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, em conjunto com a Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa,

Artigo 26º. Os assuntos tratados Comissão de Análise e Revisão de Prontuários deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 27º. 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 Médica.

Artigo 28º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

MÊS	ATIVIDADES
M1 e M2	Criar a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CARP), através de uma Resolução do Diretor Médico, indicando nominalmente seus membros.
	Aprovar o regimento da CARP
	Elaborar o programa de atuação para o primeiro ano de atuação da CARP
	Elaborar relatório de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas.
	Elaborar programa de palestras
	Reunião ordinária da CARP (dia da semana a ser definido)
	Definir indicadores da Comissão
	Realizar a revisão de 3% dos prontuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa
M3	Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que saíram de alta.
	Realizar a revisão de 3% dos prontuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa
	Reunião ordinária da CARP (dia da semana a ser definido)
	Realizar treinamento e palestra.
	Divulgar indicadores
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética Médica
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética de Enfermagem
M4	Realizar a revisão de 3% dos prontuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa

	Reunião ordinária da CARP (dia da semana a ser definido)
	Divulgar indicadores
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética Médica
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética de Enfermagem
M5	Realizar a revisão de 3% dos prontuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa
	Reunião ordinária a CARP (dia da semana a ser definido)
	Divulgar indicadores
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética Médica
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética de Enfermagem
M6	Realizar a revisão de 3% dos prontuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa
	Reunião ordinária a CARP (dia da semana a ser definido)
	Divulgar indicadores
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética Médica
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética de Enfermagem
M7	Realizar a revisão de 3% dos prontuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa
	Reunião ordinária a CARP (dia da semana a ser definido)
	Divulgar indicadores
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética Médica
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética de Enfermagem

M8	Realizar a revisão de 3% dos prontuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa
	Reunião ordinária a CARP (dia da semana a ser definido)
	Divulgar indicadores
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética Médica
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética de Enfermagem
M9	Realizar a revisão de 3% dos prontuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa
	Reunião ordinária a CARP (dia da semana a ser definido)
	Divulgar indicadores
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética Médica
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética de Enfermagem
M10	Realizar a revisão de 3% dos prontuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa
	Reunião ordinária a CARP (dia da semana a ser definido)
	Divulgar indicadores
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética Médica
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética de Enfermagem
M11	Realizar a revisão de 3% dos prontuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa
	Reunião ordinária a CARP (dia da semana a ser definido)
	Divulgar indicadores
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética Médica

	Emitir relatórios para a Comissão de Ética de Enfermagem
M12	Realizar a revisão de 3% dos prontuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa
	Reunião ordinária a CARP (dia da semana a ser definido)
	Divulgar indicadores
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética Médica
	Emitir relatórios para a Comissão de Ética de Enfermagem

2.1.6 - Comissão De Acidentes Com Material Biológico (CAMB)

LOGO	**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

CONSTITUIÇÃO

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 trabalhador. É de caráter obrigatório em instituições hospitalares e pré-hospitalares atender a Norma Regulamentadora 32 (NR32) do Ministério do Trabalho e Emprego e a Portaria Nº 1.748, de 30 de agosto de 2011, que dispõe sobre o Plano de Riscos de Acidentes com materiais Perfurocortantes.

A CAMB tem por objetivo geral 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 prover capacitação profissional no tema.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

ORIGEM

A responsabilidade técnica e científica da presente Instituição de Saúde em relação à qualidade e segurança da assistência serão de alta relevância. Nesse sentido, o compromisso com os colaboradores e pacientes será alicerce fundamental e, para isso, a Comissão de Acidentes com Material Biológico desempenhará importante papel.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional da Instituição de Saúde, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Médica, sendo norteada pelo Regimento Interno da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB). Contará ainda com um presidente, um vice-presidente, um secretário e os membros efetivos.

A CAMB deverá ser composta pelos seguintes membros:

Um representante do setor de Recursos Humanos;

Um representante do SESMT;

Um representante da CIPA;

Um representante da Comissão de Segurança do Paciente ou Comissão de Controle de Infecção relacionada a Assistência à Saúde;

Um representante da Enfermagem;

Um representante da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

Um representante do setor de compras e logística.

MECANISMO DE CONTROLE

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 Relacionada a Assistência à Saúde; e caberá à Direção da Instituição constituir formalmente CAMB através de ato próprio e propiciar a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização.

Deverá ainda a Direção da Instituição garantir a participação do Presidente da CAMB nos órgãos colegiados, deliberativos e formuladores da política da Instituição.

O mandato dos membros da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) encerrar-se-á quando houver mudança da Diretoria Médica da Instituição ou, antecipadamente, se houver motivo que justifique a cessação.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à Direção Médica da Instituição de Saúde, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

FINALIDADE DA COMISSÃO

Dentre as responsabilidades e atribuições gerais da CAMB,

destacam-se:

Elaborar e executar ações programadas para prevenção de acidentes com material biológico;

Adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, que se relacionem com a prevenção e controle de acidentes com materiais biológicos;

Propor e conduzir investigação epidemiológica de casos e implementar medidas de controle;

Realizar a elaboração e divulgação periódica de relatórios relacionados aos acidentes com material biológico, reportando-se à autoridade máxima da instituição e às chefias de todos os setores da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa;

Estimular e promover o amplo debate dos resultados obtidos na investigação pela CAMB na comunidade ambulatorial;

Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais propostas pela CAMB, visando a prevenção e diminuição dos acidentes com materiais biológicos, por meio da utilização de medidas de precaução e controle;

Promover treinamentos e capacitação dos colaboradores da instituição na utilização de produtos e dispositivos de segurança disponíveis, prevenção, notificação e demais condutas relacionadas aos acidentes com materiais biológicos;

Elaborar as diretrizes e protocolos do seguimento e análise sistemática dos funcionários em acompanhamento de tratamento de doença infectocontagiosa junto com o SESMT, com elaboração periódica de relatórios;

Elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção;

Conduzir a elaboração de Diretrizes específicas, bem como a implementação de um plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais biológicos, tendo em vista a segurança e proteção à saúde dos colaboradores dos serviços de saúde e daqueles que exercem outras atividades relacionadas e estão expostos;

Analisar as informações existentes no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), além dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais biológicos;

Formular e implantar protocolos e instrumentos para o registro e investigação de acidentes e situações de risco, estabelecendo as prioridades considerando os seguintes aspectos:

A) situações de risco e acidentes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;

B) frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfurocortante específico;

C) procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes;

D) número de trabalhadores expostos às situações de risco de acidentes com materiais biológicos.

Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, a situação do controle dos acidentes com material biológico;

Estabelecer parceria com a Comissão de Padronização, para a substituição de materiais perfurocortantes por materiais com dispositivos de segurança sempre que possível;

Firmar parceria com centro de estudos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, sobretudo na utilização de dispositivos de segurança e outras práticas de prevenção de acidentes com material biológico;

Elaborar relatórios mensais e enviar para a Direção Médica, SESMT, Gerência de Riscos e Setor de Recursos Humanos da Instituição.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Acidentes Com Material Biológico (CAMB) deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com

pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

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 acidentes biológicos e treinamento de colaboradores sobre biossegurança.

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.

Deverá ainda a Direção da Instituição garantir a participação do Presidente da CAMB nos órgãos colegiados, deliberativos e formuladores da política da Instituição.

LOGO	**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à 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

Artigo 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 prover capacitação profissional no tema.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A Comissão será composta por membros do quadro funcional da Instituição de Saúde, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Médica, sendo norteada pelo Regimento Interno da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB).

A CAMB deverá ser composta pelos seguintes membros:

Um representante do setor de Recursos Humanos;

Um representante do SESMT;

Um representante da CIPA;

Um representante da Comissão de Segurança do Paciente ou Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência a Saúde;

Um representante da Enfermagem;

Um representante da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

Um representante do setor de compras e logística.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 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:

Conduzir a instalação da Comissão e presidir as reuniões;

Proceder à convocação das reuniões da Comissão;

Representar a Comissão em suas relações internas e externas;

Participar ativamente nas discussões e votações, tendo o voto de desempate, quando necessário;

Indicar, dentre os membros da Comissão, os relatores dos expedientes;

Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e

emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

Elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e "ad referendum" desta, nos casos de manifesta urgência.

Artigo 6º. É de responsabilidade do Vice-Presidente da CAMB:

Substituir o Presidente da Comissão sempre que se fizer necessário.

Artigo 7º. É de responsabilidade do(a) Secretário(a) da Comissão:

Participar das reuniões;

Elaborar o expediente da Comissão;

Encaminhar aos demais membros o expediente da Comissão;

Fazer o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos a serem discutidos nas reuniões da Comissão;

Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

Elaborar relatório trimestral das atividades da Comissão;

Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

Distribuir aos Membros da Comissão a pauta das reuniões.

Artigo 8º. São obrigações dos membros da CAMB:

Participar das reuniões, relatando os expedientes, manifestando pareceres ou votos à respeito das matérias em discussão;

Estudar e relatar as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente, obedecendo aos prazos estabelecidos;

Requerer votação de matéria em regime de urgência;

Desempenhar atribuições designadas pelo Presidente;

Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 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 Relacionada a Assistência a Saúde; e caberá à Direção da Instituição constituir formalmente CAMB através de ato próprio e propiciar a infraestrutura necessária à sua correta operacionalização.

Artigo 10º. Deverá ainda a Direção da Instituição garantir a participação do Presidente da CAMB nos órgãos colegiados, deliberativos e formuladores da política da Instituição.

Artigo 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 acidentes biológicos e treinamento de colaboradores sobre biossegurança.

Artigo 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

Artigo 13º. O mandato dos membros da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) encerrar-se-á quando houver mudança da Diretoria Médica da Instituição ou, antecipadamente, se houver motivo que justifique a cessação.

Artigo 14º. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à Direção Médica da Instituição de Saúde, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

CAPÍTULO VIII – INDICADORES

Artigo 15º. Para cálculo do percentual de acidentes com material biológico utilizar-se-á a seguinte fórmula: número de profissionais expostos ao risco multiplicado por 100 (cem), dividido pelo número de acidentes ocorridos em um determinado período.

Artigo 16º. Para análise da 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.

Artigo 17º. A CAMB poderá adotar, quando julgar necessário, outros indicadores para análise do programa de prevenção de acidentes.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

MÊS	ATIVIDADES
M1 e M2	Criar a Comissão de Acidentes com Material Biológico, através de uma Resolução do Diretoria Médica, indicando nominalmente seus membros.
	Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Acidentes com Material Biológico.
	Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês).
M3	Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês).
	Realizar treinamento – Palestra
M4	. Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês
M5	Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês).
M6	Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês).
	Realizar treinamento – Palestra
M7	Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês).
M8	Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês).
M9 e M10	Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês).
	Realizar treinamento – Palestra.
M11	Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira

	terça-feira do mês).
M12	Reunião ordinária a Comissão de Acidentes com Material Biológico (primeira terça-feira do mês).
	Elaboração do Relatório anual da Comissão de Acidentes com Material Biológico

2.1.7 - Comissão Interna De Prevenção De Acidentes – Cipa

LOGO	**PROPOSTA DA CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA**	Código: XXX-XXX-XXX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

CONSTITUIÇÃO

A Comissão Interna de Prevenção de Acidente – CIPA deverá ser constituída em cada estabelecimento da organização social, mantendo-a regularmente ativa, propiciando condições para seu ideal funcionamento.

Havendo em uma mesma cidade outros estabelecimentos, deverá ser possibilitado à CIPA constituída em cada um destes a integração com as demais, a fim de uniformizar as regras e orientações quanto a saúde e segurança nas atividades laborais.

ORIGEM

A CIPA tem por objetivo adequar a relação entre trabalho e homem, aperfeiçoando, de forma contínua, as atividades desenvolvidas pelos colaboradores da organização social, tornando-as compatíveis e seguras para a condição humana.

Os estudos e acompanhamentos realizados pela CIPA buscam prevenir doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, detectando os possíveis riscos no exercício da atividade laboral.

MEMBROS

A CIPA perfaz autêntico instrumento de prevenção dos trabalhadores, e como tal, deve ser constituída por empregados representantes do empregador e dos trabalhadores, em igual número, tomando por base o número total de colaboradores com vínculo de emprego, isto é, aqueles regidos pela CLT.

Os empregados representantes do empregador serão por este nomeados, devendo ser destacado um Presidente da CIPA.

Os empregados que representarão os trabalhadores serão eleitos por meio de escrutínio secreto, de forma que a votação terá a participação exclusiva e não obrigatória dos empregados interessados, independentemente de filiação sindical. Dentre os eleitos para o cargo efetivo, deverá ser destacado pelos empregados eleitores um Vice-Presidente da CIPA.

O dimensionamento da CIPA de cada estabelecimento deve observar o Grupo C34 – CNAE 86.60-7-00, determinando-se a quantidade de empregados efetivos e suplentes pelo número total de empregados celetistas vinculados ao estabelecimento, conforme "Quadro I" da NR nº 05:

"GRUPOS"	Nº de Empregados no Estabelecimento / Nº de Membros da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
3	Efetivos		1	1	2	2	2	3	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	1	1	1	2	2	4	4	6	8	8	2

Os suplentes são os empregados eleitos com número de votos imediatamente inferior aos titulares.

Não ocorrendo o enquadramento no "Quadro I" da NR 05, a organização social deverá designar um empregado responsável para o cumprimento dos objetivos da CIPA.

O mandato dos empregados eleitos para integrar a CIPA terá vigência de 1 (um) ano, sendo possível uma única reeleição.

Os membros da CIPA decidirão, conjuntamente, pela nomeação de 1 (um) secretário e 1 (um) secretário substituto, os quais poderão ser integrantes ou não da Comissão formada. Havendo nomeação de empregado não integrante da Comissão, será necessária a concordância do empregador.

A documentação relativa à constituição da CIPA (atas de eleição e posse, cronograma anual de reunião ordinária, regimento interno, plano anual de prevenção de acidentes) deverão permanecer à disposição nos estabelecimentos possibilitando a fiscalização da DRT e SRTE.

O início do processo eleitoral deverá ser comunicado ao Sindicato da categoria, e a documentação mencionada no item 3.6 deverá ser enviada à entidade de classe, caso solicitada.

A Comissão não poderá em hipótese alguma ter reduzido o número de membros ou ser desativada, ainda que haja alteração no número total de empregados, devendo, neste caso, ser concluído o mandato dos representantes, exceto se houver o encerramento das atividades da organização social.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão deverá promover reuniões ordinárias mensais, conforme datas pré-estabelecidas no Cronograma de Atividades Anual.

As reuniões ordinárias ocorrerão durante o expediente normal da organização social e nos locais apropriados, destinados para tanto.

Poderá haver reuniões extraordinárias quando:

- Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- Ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal;
- Houver solicitação expressa de uma das representações;
- As atas de reunião deverão ficar disponíveis no estabelecimento para consulta dos Agentes da Inspeção do Trabalho -AIT.
- Havendo afastamento definitivo do Presidente, o empregador deverá indicar em até 2 (dois) dias úteis o substituto, preferencialmente entre os integrantes da Comissão. Em sendo afastado de forma definitiva o Vice-Presidente, incumbirá aos membros efetivos, representantes dos trabalhadores, escolher entre eles o substituto, em até 2 (dois) dias úteis.

FINALIDADE

São atribuições da CIPA:

Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;

Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

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;

Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

Participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

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;

Participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;

Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras doenças infectocontagiosas.

São atribuições do Presidente da CIPA:

Realizar a convocação dos membros para as reuniões ordinárias da CIPA;

Informar o empregador sobre os trabalhos realizados pela Comissão;

Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria e delegar atribuições ao Vice-Presidente;

As atribuições do Presidente serão delegadas ao Vice-Presidente nos casos de afastamentos temporários e situações impeditivas.

São atribuições a serem realizadas em conjunto pelo Presidente e Vice-Presidente:

Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhados;

Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para o alcance dos objetivos propostos sejam alcançados;

Delegar atribuições aos membros da CIPA;

Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT, quando houver;

Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

Constituir a comissão eleitoral.

São atribuições do Secretário da CIPA:

Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

Preparar as correspondências; e outras tarefas correlatas que lhe forem conferidas.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A organização social deverá promover treinamento para os membros da CIPA antes do empossamento, ainda que em casos de reeleição.

Os treinamentos deverão ser ministrados no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Não se enquadrando no Quadro I da NR nº 05, a organização social deverá promover treinamento anual para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo estabelecido no item 1 desta Proposta.

O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa, podendo ser objeto de Acordo ou Convenção Coletiva.

Constituem matérias a serem abordados no treinamento:

Estudo do ambiente, condições de trabalho e dos riscos que derivam das atividades laborais;

Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;

Noções sobre as doenças ocupacionais e acidente típicos decorrentes da exposição aos riscos existentes nas atividades desenvolvidas pela organização;

Concepção sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;

Noções sobre COVID-19 e outras doenças infectocontagiosas, bem como as medidas de prevenção;

Princípios gerais de higiene do trabalho e as medidas para contenção dos riscos;

A organização, disposição e funcionamento da CIPA, bem como outros assuntos necessários ao cumprimento das atribuições.

O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da organização ou outra entidade profissional que possua conhecimentos específicos sobre o tema, sendo que neste último caso, a entidade deverá ser aprovada pela CIPA.

LOGO	**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA**	Código: XXX-XXX-XXX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

Base legal – LEI FEDERAL nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, PORTARIA Nº 3.214 – Norma Regulamentadora 5 - NR-5.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA deverá desenvolver suas atividades baseadas no seguinte Regimento Interno.

CAPÍTULO I – DO OBJETIVO

Artigo 1º. A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA constituída pela organização social na gestão da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, tem por objetivo adequar a relação entre trabalho e homem, aperfeiçoando, de forma contínua, as atividades desenvolvidas pelos colaboradores da organização social, tornando-as compatíveis e seguras para a condição humana.

Artigo 2º. Para o cumprimento de seu objetivo e atribuições, a CIPA deverá desenvolver as seguintes atividades:

Realizar inspeções nos respectivos ambientes de trabalho, visando à detecção de riscos ocupacionais;

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;

Investigar as causas e consequências dos acidentes e das doenças associadas ao trabalho e acompanhar a execução das medidas corretivas até a sua finalização;

Discutir todos os acidentes ocorridos no mês, visando cumprir o estabelecido no item anterior;

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;

Promover a divulgação das normas de segurança e medicina do trabalho, emitidas pelos setores de Segurança e Medicina do Trabalho, zelando pela sua observância;

Despertar o interesse dos empregados pela prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, por meio de trabalho educativo, estimulando-os a adotar comportamento preventivo;

Participar de campanhas de prevenção de acidentes do trabalho promovidas pela Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa;

Promover em conjunto com o setor de Segurança do Trabalho, anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;

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 II - DA COMPOSIÇÃO, ELEIÇÃO E MANDATO

Artigo 3º. A CIPA será composta por representantes dos

empregados e do empregador.

Parágrafo Primeiro: O número de membros que comporão a CIPA será determinado de acordo com o dimensionamento previsto no Grupo C-34, Quadro I da NR 05, sendo:

Presidente;

Vice-Presidente;

Secretário;

Membros Titulares;

Membros Suplentes.

Artigo 4º. Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão designados pela organização social gestora da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

Artigo 5º. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, em votação por lista nominal, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, sendo vedada a formação de chapas.

Parágrafo Primeiro: O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto na NR-05 ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

Parágrafo Segundo: Em caso de empate, assumirá o empregado que tiver mais tempo de serviço na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa;

Parágrafo Terceiro: O mandato dos membros terá a duração de 1 (um) ano, com direito à reeleição para os titulares e suplentes da representação dos empregados.

Parágrafo Quarto: As eleições serão convocadas 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso, 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.

Parágrafo Quinto: O prazo para as inscrições de candidatos deve ser de 15 (quinze) dias antes da votação.

Parágrafo Sexto: O cargo de Presidente será escolhido pelo empregador e do Vice-Presidente pelos membros da CIPA, entre os titulares eleitos.

Parágrafo Sétimo: O Presidente da CIPA será substituído pelo Vice-Presidente nos seus impedimentos eventuais, afastamentos temporários ou afastamento definitivo.

CAPÍTULO III - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 6°. A CIPA reunirá todos os seus membros uma vez por mês, em local apropriado e durante o horário normal de expediente, obedecendo ao calendário anual, não podendo sofrer restrições que impeçam ou dificultem seu comparecimento.

Parágrafo Primeiro: 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.

Parágrafo Segundo: Qualquer empregado poderá participar das reuniões da CIPA como convidado.

Parágrafo Terceiro: As proposições da CIPA serão aprovadas em reunião, mediante votação, e será considerada aprovada aquela que obtiver maioria simples de votos.

Parágrafo Quarto: A CIPA deverá apresentar mensalmente, por meio de material escrito, relatório de suas atividades.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 7°. Compete ao Presidente da CIPA:

Convocar os membros para as reuniões da CIPA;

Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Administração e ao SESMT, as decisões da comissão;

Presidir as reuniões, encaminhando à Direção da unidade de saúde as recomendações aprovadas e acompanhar a sua execução;

Manter e promover o relacionamento da CIPA com os setores de Segurança e Medicina do Trabalho;

Delegar atribuições ao Vice-presidente.

Artigo 8º. Compete ao Vice-Presidente da CIPA:

Executar as atribuições que lhe forem delegadas;

Substituir o presidente nos seus impedimentos eventuais, ou nos seus afastamentos temporários.

Artigo 9º. Competem ao Presidente e ao Vice-Presidente, em conjunto, as seguintes atribuições:

Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos;

Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

Delegar atribuições aos membros da CIPA;

Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;

Divulgar as decisões da CIPA a todos os servidores da sua área de abrangência;

Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA.

Artigo 10º. Compete aos Secretários da CIPA:

Acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

Preparar a correspondência geral e as comunicações para as reuniões;

Manter o arquivo da CIPA atualizado;

Outras que lhe forem conferidas.

Artigo 11º. Compete a todos os membros, titulares e suplentes da CIPA:

Participar do planejamento do trabalho e da organização do calendário anual da CIPA;

Participar das reuniões da CIPA, discutindo os assuntos em pauta e deliberando sobre as recomendações;

Investigar os acidentes de trabalho, isoladamente ou em grupo e discutir os acidentes ocorridos;

Frequentar o curso para os componentes da CIPA, na forma que vier a ser regulamentado;

Cuidar para que todas as atribuições da CIPA sejam cumpridas durante a respectiva gestão.

Artigo 12º. Compete ao Empregador:

Proporcionar os meios necessários para o desempenho integral das atribuições da CIPA;

Possibilitar uma sala própria para a CIPA desenvolver suas atividades;

Autorizar o fornecimento de material de escritório completo e outros que forem necessários para o desenvolvimento das atividades da CIPA;

Assessorar a implantação da CIPA;

Zelar pelo cumprimento das normas de Segurança e Medicina do Trabalho, estabelecidas pelo órgão competente;

Divulgar amplamente as atividades da CIPA entre os empregados.

Artigo 13º. Competem aos colaboradores, servidores e funcionários:

Participar da eleição de seus representantes;

Colaborar com a gestão da CIPA;

Indicar à CIPA, ao SESMT e à administração situações de riscos e apresentar sugestões para a melhoria das condições de trabalho;

Observar as recomendações quanto à prevenção de acidentes, transmitidas por membros da CIPA;

Informar à CIPA a ocorrência de todo e qualquer acidente de trabalho;

Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Artigo 14º. 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 Superintendência Regional do Trabalho – Ministério do Trabalho.

Artigo 15º. A Diretoria da unidade de saúde reconhecerá, através de Portaria, a CIPA eleita e empossada.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 16º. Os casos omissos e dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento serão solucionados pela CIPA e setor de Segurança do Trabalho, ouvindo-se a Direção da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

MÊS	Procedimento	Justificativa	Ação	Local
M1	Criação do calendário anual de atividades e plano anual de	Atendimento ao Regimento Interno e NR 05	Primeira reunião ordinária	Local estabelecido para as reuniões

	prevenção de acidentes			
M1	Treinamento e capacitação dos profissionais da CIPA	Atendimento ao Regimento Interno e NR 05	Proporcionar treinamento aos empregados da CIPA	Local estabelecido para as reuniões
M1	Cuidados na prevenção da COVID-19	Campanha educativa visando a redução de novos casos da COVID-19	Palestras virtuais sobre os cuidados com a utilização de máscaras, aventais, distanciamento e utilização de álcool em gel	Acesso a plataforma virtual
M2	Prevenção ao Assédio no ambiente de trabalho	Atendimento ao Regimento Interno e NR 05	Promoção de palestras virtuais com orientação de prevenção ao Assédio	Acesso a plataforma virtual
M3	Importância na utilização dos EPIs - óculos e luvas	Atendimento ao Regimento Interno e NR 05	Vídeos demonstrando a eficácia dos equipamentos de proteção na neutralização de agentes nocivos	Dependências da Policlínica
M4	Abril Verde – Qualidade de vida com hábitos saudáveis	Incentivo de hábitos saudáveis entre os colaboradores que resultam na	Exposição em quiosque com aferição de pressão, glicemia, alongamentos e	*Hall* de entrada da Policlínica

		saúde ocupacional	fornecimento de frutas.	
	Estresse no ambiente de trabalho	Bem-estar dos empregados	Divulgação de vídeos motivacionais quanto a importância do trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde	Dependências da Policlínica
M5	Cuidados na prevenção da COVID-19	Campanha educativa visando a redução de novos casos da COVID-19	Palestras virtuais sobre os cuidados com a utilização de máscaras, aventais, distanciamento e utilização de álcool em gel	Acesso a plataforma virtual
M6	Proibição do uso de adornos	Campanha educativa	Reforçar a proibição do uso de adornos no ambiente Hospitalar	Emissão de documentos informativos e orientação in loco
M7	Divulgação do Relatório de Riscos ocupacionais	Atendimento ao Regimento Interno e NR 05	Fixação em mural de mapa de riscos ocupacionais em evidência e métodos de prevenção	Nos setores da Policlínica

M8	Princípios de Higiene e formas de contenção de riscos	Atendimento ao Regimento Interno e NR 05	Importância da higiene na prevenção de doenças	Vídeos explicativos sobre cuidados de higiene pessoal
M9	Importância na utilização dos EPIs – óculos e luvas	Atendimento ao Regimento Interno e NR 05	Vídeos demonstrando a eficácia dos equipamentos de proteção na neutralização de agentes nocivos	Dependências da Policlínica
M10	Outubro Rosa	Campanha educativa	Prevenção ao câncer de mama e colo do útero	Emissão de documentos informativos e palestra sobre auto prevenção
M11	SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho	Atendimento ao Regimento Interno e NR 05	Promoção de palestras virtuais com sugestão de medidas de prevenção e proteção	Acesso a plataforma virtual
	Novembro Azul	Campanha educativa	Prevenção ao câncer de próstata	Emissão de documentos informativos e palestra sobre auto prevenção
	Estresse no ambiente de trabalho	Bem-estar dos empregados	Divulgação de vídeos motivacionais quanto a	Dependências da Policlínica

M12			importância do trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde	
M12	Definição de membros para comissão de eleição da CIPA	Atendimento ao Regimento Interno e NR 05	Eleição e posse de novos componentes da CIPA gestão 2025/2026	Dependências da Policlínica

2.1.8 - Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços em Saúde

LOGO	**PROPOSTA DECONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DEGERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO RESÍDUOS DE SERVIÇOS EM SAÚDE

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, é constituída atendendo a Lei nº 12.305/10, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), dando instrumentos para permitir o avanço necessário ao país no enfrentamento dos principais problemas ambientais, sociais e econômicos decorrentes do manejo inadequado dos resíduos sólidos.

A criação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa atenderá a RDC N º 222, 28 de março de 2018, do Ministério da Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências, a qual norteia as diretrizes e normas para a prevenção e controle das complicações infecciosas no âmbito da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

Atendendo a Portaria Ministerial citada, a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Médica da unidade de saúde e será norteada por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

Atuação da Comissão é técnico-científica-educativa, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

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.

ORIGEM

As responsabilidades sociais da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa em relação as Boas Práticas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde norteia o compromisso com a prevenção e a redução na geração de resíduos, tendo como proposta a prática de hábitos de consumo sustentável e um conjunto de instrumentos para propiciar o aumento da reciclagem e da reutilização dos resíduos sólidos (aquilo que tem valor econômico e pode ser reciclado ou reaproveitado) e a destinação ambientalmente adequada dos rejeitos (aquilo que não pode ser reciclado ou reutilizado), questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Médica será norteada pelo Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deve ser constituída, de preferência, pelos seguintes membros:

Representante do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde;

Representante do Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT ou SOST);

Representante do Departamento de Assistência Farmacêutica;

Representante do Laboratório Clínico;

Representante da Divisão de Enfermagem;

Representante do Departamento de Higienização e Conservação;

Representante do Conselho Gestor.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido deles ou da Diretoria Médica. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Médica para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Médica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE

As ações da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, no âmbito da qualidade abrange a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 222/18).

Através da avaliação das coletas, verificação da correta segregação dos rejeitos, entre outros, orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação, analisando os indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão Resíduos dos Serviços de Saúde, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo estes:

Peso do total dos resíduos gerados na unidade mensal;

Peso dos resíduos gerados por setor gerador mensal;

Peso por tipo de rejeito gerado, total e por setores mensais.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deverá reunir-se bimestralmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularidades verificadas na implantação, análises e ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, que irá auxiliar nas questões sobre sua competência.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Diretorias da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.

LOGO	**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DEGERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DEG ERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1°. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2°. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos, tem por

finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 222/18).

Artigo 3º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. A Comissão de Resíduos terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

Representante da Diretoria Médica;

Representante da Equipe Interdisciplinar;

Representante da Gerência Administrativa;

Representante da Comissão de Prevenção de Riscos de Acidentes com Perfurocortantes;

Representante do Laboratório Clínico;

Representante da Divisão de Enfermagem;

Representante do Conselho Gestor.

Parágrafo Único: Entre os membros deverá estar o responsável pelo Serviço de Gerenciamento de Resíduos, obrigatoriamente.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º. É competência de a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores da unidade, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais, e através destas:

Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à saúde, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;

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.

Artigo 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

Artigo 7º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade, com infraestrutura básica para seu funcionamento.

Artigo 8º. As reuniões da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde serão realizadas bimestralmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 9º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 10º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Médica para os encaminhamentos necessários.

Artigo 11º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Médica para os encaminhamentos necessários.

Artigo 12º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Médica.

Artigo 13º. Todos os membros serão nomeados pela Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Artigo 14º. As decisões da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde 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 e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 16º. As reuniões da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Diretorias da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, contendo: data e hora dela, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 17º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 18º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 19º. Nenhum membro da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, 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 dele, e em situações não padronizadas pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 20º. São atribuições do presidente da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, além das outras instituídas neste regimento:

Encaminhar a pauta da reunião para o secretário da Comissão fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedências das reuniões ordinárias;

Presidir as reuniões;

Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da instituição, ou indicar seu representante;

Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, normatizar as rotinas de armazenamento e descarte de todos os tipos de resíduos gerados na unidade, previamente aprovados pelos membros desta;

Coordenar a elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos da instituição adequando-os às formas de lei específica;

Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade para avaliação das atividades implementadas;

Orientar os colaboradores em relação a manipulação de resíduos, e, em caso de acidente envolvendo resíduo, tomar decisões, visando minimizar os impactos, e avaliar a causa;

Divulgar aos colaboradores o Plano de Gerenciamento de Resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc;

Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle sanitário e limpeza pública e outros ligados ao gerenciamento dos

resíduos com anuência da presidência da comissão de forma acordada com a Reitoria;

Estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento dos resíduos definindo prazos a serem cumpridos; estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviços e Saúde – PGRSS;

Fazer cumprir o regimento interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa;

Nas decisões da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

Indicar seu vice-presidente/coordenador.

Artigo 21º. Ao vice-presidente da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, além das outras instituídas neste regimento, é atribuído:

Assumir as atividades do presidente na sua ausência, presidindo as reuniões, coordenando os debates;

Executar atribuições que lhe forem delegadas;

Zelar pelo sigilo ético das informações e cumprimento do regimento interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Artigo 22º. São atribuições do Presidente e do Vice-Presidente, em conjunto:

Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

Delegar atribuições aos membros da Comissão;

Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Artigo 23º. São atribuições da Secretaria da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde:

Receber e protocolar os processos e expedientes;

Lavrar a ata das sessões/reuniões;

Convocar os membros da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde para as reuniões determinadas pelo presidente;

Organizar e manter o arquivo da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

Preparar a correspondência;

Solicitar ao demais setores e/ou comissões documentação necessária a avaliação, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Artigo 24º. São atribuições de todos os membros da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde:

Participar de todas as reuniões convocadas e em caso de situações que inviabilizem sua participação realizar por escrito a justificativa para a falta;

Desenvolver e participar ativamente das atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes;

Ser um agente ativo nos que se refere aos assuntos de educação e prevenção da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de

Serviços de Saúde na unidade a qual representa e em toda a Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa;

Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão de Resíduos e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 25º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, em conjunto com a Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

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 Médica.

Artigo 27º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DEGERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

MÊS	ATIVIDADES
M1 e M2	1. Criar a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, através de Resolução do Diretor Médico.
	2. Elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS).
	3. Dar a conhecimento, realizar as correções pertinentes e aprovar o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.
	4. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados no mês anterior.

M4	1. Aprovação e ou correções pertinentes do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) elaborado.
	2. Desenvolver plano de ações para implantação e treinamento do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) aprovado.
	3. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborar relatório.
	4. Fixar possíveis datas para as reuniões.
	5. Enviar para aprovação pela Diretoria Médica.
M6	1. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborar relatório;
	2. Discussão de medidas educativas;
	3. Discorrer sobre a eficácia da implantação;
	4. Discussão de medidas educativas;
M8	1. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborar relatório;
	2. Discussão de medidas educativas;
M10	1. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborar relatório;
	2. Discussão de medidas educativas;
M12	1. Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborar relatório;
	2. Discussão de medidas educativas;

2.1.9 – Comissão de Farmácia e Terapêutica

LOGO	**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) deve ser constituído em atendimento a Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde que instituiu o "Programa de Controle das Infecções", trazendo em seu Anexo I, como uma das Competências, "Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição". A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, alterada pela lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, dispõe sobre a assistência farmacêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS, devendo esta ser pautada em evidências científicas sobre eficácia, acurácia, efetividade e segurança do medicamento, além de avaliação econômica de benefícios e dos custos.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é de suma importância para que a gestão da saúde seja realizada com maior segurança, qualidade e efetividade. De acordo com o Ministério da Saúde, a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) pode ser definida como uma instância colegiada, de natureza técnico-científica, permanente, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade assessorar a Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa 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 medicamentos da instituição (com base em critérios pré-estabelecidos), elaboração do formulário ou guia farmacoterapêutico, validação de protocolos terapêuticos, apoio à assistência farmacêutica, ações educativas permanentes, dentre outras, sendo assim um importante instrumento para que a Gestão possa tomar decisões acertadas a respeito dos medicamentos e demais insumos farmacêuticos utilizados na instituição.

A CFT deve ser constituída por equipe multiprofissional e sua

composição deve levar em consideração a complexidade dos serviços, bem como seu caráter funcional e as diretrizes para as ações investigatórias, educativas e com vistas a padronização ou descontinuação de medicamentos ou insumos serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

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.

ORIGEM

As responsabilidades sociais da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa em relação à assistência segura, oportuna e efetiva, educação permanente e pesquisa serão de alta relevância. O compromisso com o paciente será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Farmácia e Terapêutica desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Médica será norteada pelo Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

A Comissão será composta por membros executores, sendo profissionais da área da saúde, com nível superior, nomeados pela Diretoria Médica da Unidade de saúde e por membros consultores, sendo profissionais da saúde, de nível superior que façam parte do quadro funcional da Unidade.

Parágrafo primeiro – os membros executores, indicados pela Direção da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, serão encarregados da execução das ações programadas pela Comissão.

Caso a Comissão seja formada por mais de 4 (quatro) membros, pode haver no máximo 3 (três) enfermeiros e/ou 3 (três) médicos. Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Farmácia e Terapêutica, sendo

1 (um) representante por profissão e/ou setor. O presidente da Comissão será obrigatoriamente farmacêutico. A comissão poderá será composta por:

Diretor clínico;

Enfermeiro Responsável Técnico;

Representante do SCIrAS;

Representante do Setor da Qualidade;

Representante do Corpo clínico;

Representante do Almoxarifado;

Representante do Corpo Gestor;

Parágrafo Primeiro – Além desses existirão os membros consultores que serão outros especialistas na área a ser consultada.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Farmácia e Terapêutica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Farmácia e Terapêutica será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido deles ou Diretoria Médica. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Médica para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Farmácia e Terapêutica, no âmbito da

qualidade abrangem os seguintes itens:

Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados ao perfil de uso de medicamentos e insumos ocorridos na unidade de saúde;

Definir a padronização dos insumos médico-hetrines, e outros que impactem na qualidade dos serviços prestados na policlínica;

Manter atualizada listagem dos artigos padronizados;

Orientar e acompanhar o uso dos insumos médicos - hospitalares nas unidades e serviços, especialmente dos materiais novos;

Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios das inadequações técnicos - operacionais dos insumos de baixa qualidade;

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 fabricas, dentre outros;

Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

Promover estudos de custo efetividade de medicamentos e insumos hospitalares;

Fomentar investigações sobre a utilização de medicamentos;

Promover atividades de educação continuada para o uso seguro e racional de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;

Propor política de prescrição, dispensação e utilização de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

Informar o Setor de Compras, através da ficha queixa técnica, quaisquer não conformidade apresentada pelos medicamentos, materiais hospitalares e equipamentos;

Gerenciar e controlar as notificações e eventos adversos decorrentes do uso de quaisquer, medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

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;

Interagir com o Setor de Compras, visando o alinhamento das políticas e práticas desenvolvidas e o compartilhamento dos resultados alcançados.

Enviar parecer técnico dos produtos e materiais médico-hospitalares ao Setor de Compras;

Realizar especificação dos produtos, quando se fizer necessário;

Inserir insumos médico hospitalares aprovados nos testes/avaliações na lista de produtos padronização;

Divulgar e disponibilizar a lista de insumos médico hospitalares.

Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a população da região.

Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

Através das avaliações e das atividades da CFT, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a comissão, sendo estes:

- Nº de Produtos Padronizados;

- Nº de Produtos descontinuados/reprovados;

-Nº de Queixas Técnicas.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Farmácia e Terapêutica deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Farmácia e Terapêutica, devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Técnica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, que irá avaliara as demandas e auxiliar a Comissão nas questões sobre sua competência.

Compete a Comissão de Farmácia e Terapêutica a missão referente a tudo o que se refere aos medicamentos e materiais médicos, desde sua recepção, armazenamento, seleção até sua dispensação e logística reversa, objetivando a todo o momento sua adequada utilização, desta forma possuindo importante função clínica e administrativa.

Nota: A Comissão de Farmácia e Terapêutica deverá manter estreita relação com as Comissões da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, com as quais deverá ser discutidos os resultados das avaliações, sugestões, padronizações, enviando seus relatórios à Diretoria Médica

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade da unidade;

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes da Comissão, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.

LOGO	**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1° - 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 de Verificação de Óbitos junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II – COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Artigo 2° - A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT será composta por membros executores, sendo profissionais da área da saúde, com nível superior, nomeados pela Diretoria Médica da Unidade de saúde e por membros consultores, sendo profissionais da saúde, de nível superior que façam parte do quadro funcional da Unidade.

CAPÍTULO III - DAS FINALIDADES

Artigo 2° - A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT tem por finalidade regulamentar e padronizar medicamentos e materiais médicos utilizados na policlínica devendo para tal elaborar uma listagem de medicações que estarão disponíveis na Unidade de Saúde. Esses materiais devem ser identificados:

Medicamento: por sua nomenclatura genérica (princípio ativo), conforme Denominação Comum Brasileira (DCB)), acrescida das concentrações, forma farmacêutica e volume da embalagem (quando aplicável).

Materiais: Nome genérico, numeração ou modelo e outras especificações técnicas necessárias.

Artigo 3° - A inclusão e exclusão de produtos nesta listagem dependerá de análise de diversos pontos sendo os principais:

Ser adequado ao perfil da Unidade;

Interesse e aceitação do corpo clínico e equipe assistencial;

Resposta ao tratamento com a medicação;

Qualidade do produto;

Facilidade de utilização;

Facilidade de Armazenamento;

Facilidade de Aquisição;

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.

Artigo 4° - É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Parágrafo primeiro – os membros executores, indicados pela Direção da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, 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.

Artigo 6° - São membros executores:

Presidente: Farmacêutico;

Diretor clínico;

Enfermeiro Responsável Técnico;

Representante do SCIrAS;

Representante do Setor da Qualidade;

Representante do Corpo clínico;

Representante do Almoxarifado;

Representante do Corpo Gestor;

Parágrafo Primeiro – Além desses existirão os membros consultores que serão outros especialistas na área a ser consultada

Parágrafo Segundo – 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

Artigo 7º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT, além das outras instituídas neste regimento, compete:

Definir a padronização dos insumos médico-hospitalares, e outros que impactem na qualidade dos serviços prestados na policlínica;

Manter atualizada listagem dos artigos padronizados;

Orientar e acompanhar o uso dos insumos médicos - hospitalares nas unidades e serviços, especialmente dos materiais novos;

Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios das inadequações técnicos - operacionais dos insumos de baixa qualidade;

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 fabricas, dentre outros;

Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares

Promover estudos de custo efetividade de medicamentos e insumos hospitalares;

Fomentar investigações sobre a utilização de medicamentos;

Promover atividades de educação continuada para o uso seguro e racional de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;

Propor política de prescrição, dispensação e utilização de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

Informar o Setor de Compras, através da ficha queixa técnica, quaisquer não conformidade apresentada pelos medicamentos, materiais hospitalares e equipamentos;

Gerenciar e controlar as notificações e eventos adversos decorrentes do uso de quaisquer, medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

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;

Interagir com o Setor de Compras, visando o alinhamento das políticas e práticas desenvolvidas e o compartilhamento dos resultados alcançados.

Enviar parecer técnico dos produtos e materiais médico-hospitalares ao Setor de Compras;

Realizar especificação dos produtos, quando se fizer necessário;

Inserir insumos médico hospitalares aprovados nos testes/avaliações na lista de produtos padronização;

Divulgar e disponibilizar a lista de insumos médico hospitalares.

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.

Artigo 8º - Ao presidente da Comissão de Verificação de Óbitos, além das outras instituídas neste regimento, compete:

Presidir as reuniões ordinárias;

Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

Encaminhar aos membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da Comissão para apreciação e aprovação;

Representar Comissão Comissão de Farmácia e Terapêutica sempre que solicitado;

Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão de

Farmácia e Terapêutica previamente aprovados pelos membros desta;

Fazer cumprir o regimento;

Nas decisões da Comissão de Farmácia e Terapêutica, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

Indicar seu vice-presidente/coordenador;

Artigo 9º - Ao vice-presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica, além das outras instituídas neste regimento, compete:

Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

Zelar pelo sigilo ético das informações.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 10- A Comissão de Farmácia e Terapêutica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa será presidida por um Farmacêutico, nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Médica.

Artigo 11 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica funciona como um órgão assessor da Diretoria Médica sendo tecnicamente ligada a Diretoria Técnico, tendo assegurada a sua autonomia funcional.

Parágrafo Primeiro – A autonomia funcional se caracteriza pela independência em estabelecer normas de gerência sobre todas as atividades relacionadas a padronização de medicamentos e farmacovigilância.

Artigo 12 - A duração do mandato da Comissão de Farmácia e Terapêutica será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido deles ou da Diretoria Médica. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar os membros do Núcleo em parte ou na totalidade de seus membros.

Artigo 13 - Em caso de substituição dos membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser encaminhados a Direção Médica para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

Artigo 14 - Os membros poderão solicitar a participação de outros profissionais no desenvolvimento dos trabalhos, desde ele tenha qualificação técnica comprovada e a aprovação dos demais membros.

Artigo 15 - As reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica serão realizadas mensalmente, convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados pelo secretário desta.

Artigo 16 - As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 17 - As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Médica para os encaminhamentos necessários.

Artigo 18 - O presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa. Os cargos de presidente serão indicados pela Diretoria Médica, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelos demais membros da Farmácia e Terapêutica através de votação simples pelos membros nomeados.

Artigo 19 - As decisões da Comissão de Farmácia e Terapêutica serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 20 - As reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade da unidade contendo: data e hora dela, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 21 - O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Artigo 22 - Os assuntos tratados pelo da Comissão de Farmácia e

Terapêutica deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

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

Artigo 24 - Nenhum membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 25 - São atribuições de todos os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

I. Comparecer e participar efetivamente das reuniões ordinárias e extraordinárias;

II. Colaborar com o trabalho de padronização dos materiais médico-hospitalares em todas as etapas;

III. Divulgar o trabalho da Comissão;

IV. Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios de inadequações técnico - operacionais dos insumos médico-hospitalares de baixa qualidade;

V. Colaborar na resolução de problemas e participar de ocorrências relacionadas com qualidade dos produtos médicos - hospitalares utilizados na Instituição;

VI. Receber representantes e fornecedores, na ausência do presidente da Comissão, procurando obter e registrar as principais informações referentes aos novos produtos e aos já padronizados;

VII. Conhecer os produtos em uso na policlínica, que sejam pertinentes à sua área de atuação.

Artigo 26 - São atribuições do Secretário da Comissão:

Receber e protocolar os processos e expedientes;

Lavrar a ata das sessões/reuniões;

Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

Organizar e manter o arquivo da comissão;

Preparar a correspondência;

Artigo 27 - São atribuições específicas do presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

Convocar e presidir as reuniões;

Estabelecer as pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias;

Dirigir os trabalhos da Comissão;

Representar a Comissão perante a Diretoria Médica;

Subscrever os documentos e resoluções da Comissão;

Distribuir tarefas para os membros da Comissão de Padronização;

Receber representantes e fornecedores em dias e horários pré-estabelecidos, procurando obter e registrar as principais informações referentes a cada um dos produtos a serem avaliados ou a serem padronizados;

Receber parecer técnico dos produtos avaliados e encaminhar a comissão para avaliar.

Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 28 - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica, em conjunto com a Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Artigo 29 - 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 Médica.

Artigo 30 - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

MÊS	ATIVIDADES
M1 e M2	1. Criar a CFT, através de uma Resolução do Diretor Médica, indicando nominalmente seus membros.
	2. Aprovar o Regimento Interno da CFT e realizar a escolha do vice-presidente e secretário.
	3. Elaborar o Programa de Ação para o primeiro ano de atuação da CFT.
	1. Reunião ordinária da CFT 2. Elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas.
	3. Elaborar programa de palestras.
	4. Realizar divulgação da lista de produtos padronizados
M3	1. Reunião ordinária da CFT
	2. Realizar orientações in loco
M4	1. Reunião ordinária da CFT
	Realizar treinamento – avaliar demandas.
M5	1. Reunião ordinária da CFT
	2. Realizar treinamento – Palestra

M6	1. Reunião ordinária da CFT
	2. Realizar orientações inloco
M7	1. Reunião ordinária da CFT
	Realizar treinamento – avaliar demandas.
M8 e M9	1. Reunião ordinária da CFT
	2. Realizar treinamento – Palestras.
	3. Analisar atuação da CFT e reajustar pontos a melhorar.
	4. Realizar orientações inloco
	5. Elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas.
M10 e M11	1. Reunião ordinária da CFT
	2. Realizar treinamento – Palestras.
M12	1. Reunião ordinária da CFT
	2. Realizar treinamento – avaliar demandas.
	3. Realizar atualização da lista de produtos padronizados

2.1.10 - Comissão de Proteção Radiológica

LOGO	**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Proteção Radiológica - CPR é um órgão de natureza técnico-científica que busca sua ação das diretrizes da radioproteção na área de radiologia médica e diagnóstico por imagem estabelecida e embasada na RDC Nº 330 de 26 de dezembro de 2019 da Anvisa, na NR-32 de 16 de novembro de 2005 do Ministério do Trabalho, na Portaria Federal nº 453 de 01 de junho de 1998 e, por fim, na Portaria Interministerial MEC/MS nº285 de 24 de março de 2015, que determina a criação de uma comissão de proteção radiológica.

ORIGEM

A CPR tem por princípios básicos: otimização da proteção radiológica, limitação de doses individuais e prevenção de acidentes.

As responsabilidades técnicas da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa em relação à proteção radiológica serão de alta relevância. O compromisso com o paciente, bem como com os colaboradores, será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Proteção Radiológica desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A CPR da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa será integrada por equipe multidisciplinar designada pela direção da instituição, por meio de ato normativo.

O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão. No caso de substituição de um ou mais membros por indicação da supervisão de cada departamento da unidade, os nomes dos

integrantes deverão ser encaminhados à direção da comissão para alteração da Portaria de nomeação.

As indicações dos membros deverão recair em profissionais especializados, com suas respectivas atribuições sempre um titular e um vice caso a falta sempre terá substituto.

Supervisor de Proteção Radiológica;

Chefe do setor de Radiologia;

Enfermeiro ou Médico do setor de Radiologia;

Representante da Segurança do Trabalho;

Administrativo;

MECANISMO DE CONTROLE

As reuniões da comissão deverão ocorrer trimestralmente.

As reuniões terão atas lavradas, após leitura dos teores assinados pelos presentes, com encaminhamento posterior para o Núcleo de Qualidade, para que elas fiquem à disposição de qualquer fiscalização.

Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e quando houver solicitação expressa da Diretoria.

Será necessário o quórum, calculado pela maioria simples, de membros efetivos para a edição de resoluções.

I. Não havendo quórum, será feita nova convocação;

II. Havendo impasse, a situação deverá ser votada;

III. Em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá "Voto de Minerva";

IV. Membros consultivos não terão direito a voto.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática, devendo o mesmo ser substituído de acordo com sua representação.

FINALIDADE DA COMISSÃO

Assumir a responsabilidade técnica e legal perante as questões relativas à proteção radiológica,

Definir prazos e divisão de tarefas das ações propostas em reunião; consultoria técnica especializada em proteção radiológica.

Fiscalizar a perfeita execução dos procedimentos de proteção radiológica pelos técnicos de radiologia (ou similares) sob sua responsabilidade;

Fiscalizar o cumprimento da RDC Nº 330, de 20 de dezembro de 2019;

Quando necessário adequar escalas de trabalho para cobertura nos casos de falta ou afastamentos (p.ex. causados por exposição excessiva à radiação),

Validar, juntamente com o Técnico de segurança do trabalho, os relatórios mensais de dosimetria individual, relatando à Diretoria possíveis problemas.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão deverá 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.

A Comissão deverá recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

LOGO	**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CAPÍTULO I - OBJETIVOS

Artigo 1°. A Comissão de Proteção Radiológica - CPR é um órgão de natureza técnico-científica que busca sua ação das diretrizes da radioproteção na área de radiologia médica e diagnóstico por imagem estabelecida e embasada na RDC Nº 330 de 26 de dezembro de 2019 da Anvisa, na NR-32 de 16 de novembro de 2005 do Ministério do Trabalho, na Portaria Federal nº 453 de 01 de junho de 1998 e, por fim, na Portaria Interministerial MEC/MS nº285 de 24 de março de 2015, que determina a criação de uma comissão de proteção radiológica.

Artigo 2°. 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.

Artigo 3°. Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

CAPÍTULO II - COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Artigo 4°. A CPR da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa será integrada por equipe multidisciplinar designada pela direção da instituição, por meio de ato normativo.

Artigo 5°. O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão. No caso de substituição

de um ou mais membros por indicação da supervisão de cada departamento da policlínica, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à direção da comissão para alteração da Portaria de nomeação.

Artigo 6º. As indicações dos membros deverão recair em profissionais especializados, com suas respectivas atribuições sempre um titular e um vice caso a falta sempre terá substituto.

Supervisor de Proteção Radiológica;

Chefe do setor de Radiologia;

Enfermeiro ou Médico do setor de Radiologia;

Representante da Segurança do Trabalho;

Administrativo.

CAPÍTULO III - COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Artigo 7º. Compete ao presidente:

Assumir a responsabilidade técnica e legal perante as questões relativas à proteção radiológica,

Definir e divulgar a pauta das reuniões ordinárias e extraordinárias da CPR,

Conduzir as reuniões ordinárias e extraordinárias da CPR como moderador;

Definir prazos e divisão de tarefas das ações propostas em reunião; consultoria técnica especializada em proteção radiológica.

Artigo 8º. Compete o Responsável Técnico ou Supervisor de Proteção Radiológica:

Assessorar o Presidente da CPR nas suas funções por meio de esclarecimentos técnicos e legais em proteção radiológica, incluindo RDC Nº 330, de 20 de dezembro de 2019;

Manter contato com autoridades sanitárias responsáveis pela fiscalização da proteção radiológica;

Realizar adequações necessárias no Plano de Proteção Radiológica da unidade.

Realizar, quando contratada, os procedimentos de garantia da qualidade e testes radiométricos e de constância, treinamentos e controle de qualidade de equipamentos, e EPI's.

Artigo 9°. Compete ao Chefe do setor de Radiologia:

Elaborar e apresentar trimestralmente relatórios gerenciais relacionados à proteção radiológica;

Efetivar contratações necessárias para o bom andamento das atividades de proteção radiológica;

Validar contratos do serviço de dosimetria individual;

Manter a documentação de proteção radiológica atualizada e organizada;

Garantir recursos financeiros para manter os serviços terceirizados necessários a garantia da qualidade.

Informar à CPR a contratação e demissão de colaboradores dos serviços radiológicos;

Instituir medidas punitivas ao não cumprimento das obrigações aqui relacionadas.

Artigo 10º. Compete a Enfermagem ou Médicos do setor de Radiologia:

Conhecer protocolos de imagens radiológicas nos diversos serviços da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa propondo adequações para melhorar a qualidade das imagens com redução da exposição radioativa para pacientes, colaboradores e para o meio ambiente;

Propor temas para treinamentos e reciclagens dos colaboradores.

Artigo 11º. Compete aos técnicos na CPR:

Fiscalizar a perfeita execução dos procedimentos de proteção radiológica pelos técnicos de radiologia (ou similares) sob sua responsabilidade;

Fiscalizar o cumprimento da RDC Nº 330, de 20 de dezembro de 2019;

Quando necessário adequar escalas de trabalho para cobertura nos casos de falta ou afastamentos (p.ex. causados por exposição excessiva à radiação),

Validar, juntamente com o Técnico de segurança do trabalho, os relatórios mensais de dosimetria individual, relatando à CPR possíveis problemas.

Artigo 12º. Compete ao Técnico de Segurança do Trabalho:

Validar, juntamente com os supervisores técnicos, os relatórios mensais de dosimetria individual, relatando à CPR possíveis problemas;

Cobrar e acompanhar os relatórios de dosimetria individual dos colaboradores do Serviço de Radiologia da Policlínica Estadual da REgião do Entorno - Formosa que atuem em serviços externos,

Fiscalizar cumprimento integral da NR-32.

Artigo 13º. Compete ao representante da Diretoria:

Garantir perfeito funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares da área diagnóstica, incluindo calibrações e procedimentos de manutenção preventiva e corretiva; procedimentos de manutenção preventiva e corretiva;

Comunicar imediatamente ao Presidente da CPR qualquer ocorrência com os equipamentos médico-hospitalares, propondo medidas para a resolução rápida dos problemas.

CAPÍTULO VI - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 14º. As reuniões da Comissão ocorrerão no Escritório Administrativo da Unidade.

Artigo 15º. As reuniões deverão ocorrer trimestralmente.

Artigo 16º. As reuniões terão atas lavradas, após leitura dos teores assinados pelos presentes, com encaminhamento posterior para o Núcleo de Qualidade, para que elas fiquem à disposição de qualquer fiscalização.

Artigo 17º. Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e quando houver solicitação expressa da Diretoria.

Artigo 18º. Será necessário o quórum, calculado pela maioria simples, de membros efetivos para a edição de resoluções.

I. Não havendo quórum, será feita nova convocação;

II. Havendo impasse, a situação deverá ser votada;

III. Em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá "Voto de Minerva";

IV. Membros consultivos não terão direito a voto.

Artigo 19º. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática, devendo o mesmo ser substituído de acordo com sua representação.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 20º. Todos os membros deverão assinar a Portaria de Nomeação, onde afirmam o compromisso assumindo a responsabilidade descrito neste regimento, como membro desta comissão;

Artigo 21º. O presente Regimento Interno entra em vigor após a provação dos membros da comissão e do Diretor Médico, revogadas as disposições em contrário.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

MÊS	ATIVIDADES
M1	1. Criar a Comissão de Proteção Radiológica através de uma Resolução do Diretoria Médica, indicando nominalmente seus membros.
	2. Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Proteção Radiológica
	3. Elaborar programa de palestras.
	4. Reunião ordinária a Comissão de Proteção Radiológica (primeira terça-feira do mês).
M4	1 Reunião ordinária a Comissão de Proteção Radiológica (primeira terça-feira do mês).
M7	1 Reunião ordinária a Comissão de Proteção Radiológica (primeira terça-feira do mês).
M10	1 Reunião ordinária a Comissão de Proteção Radiológica (primeira terça-feira do mês).

2.1.11 - Comitê de Compliance

LOGO	**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

COMITÊ DE COMPLIANCE

CONSTITUIÇÃO

O Comitê de Compliance, deve ser constituído em atendimento as Leis: n.12.846/2013 (lei anticorrupção), lei n.7.209/84 (Código Penal), lei n. 9.613/98 (lei de lavagem de capitais), lei n. 8666/93 (Lei de licitações), bem como Lei Estadual do Estado de Golás Anticorrupção n. 18.762/2014 e seus decretos, que torna essencial a existência do Programa de Ética e respectivo Comitê de Compliance, e pela diretoria do IMED na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

A Comissão atuará como canal direto, através da figura do *compliance office* para o recebimento, análise, orientação de dúvidas, bem como monitoramento e eventual aplicação de medidas coercitivas, disciplinadoras e até punitivas quanto a casos de possíveis práticas ilícitas ou antiéticas na condução dos negócios, além da responsabilidade pelo processo de melhoria continua.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

PROGRAMA DE COMPLIANCE

Objetivo: Gestão transparente e responsável e em Conformidade com a Lei e os Princípios Éticos Universais.

Aplicação: Todos Colaboradores: administradores, empregados, estagiários, aprendizes do Instituto, assim como terceiros contratados.

Responsabilidade: Qualquer Colaborador que se envolva em conduta ilegal ou antiética estará

sujeito a sanções disciplinares, ou até mesmo procedimentos criminais, sendo responsável por conduzir todas suas atribuições na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa de maneira íntegra e em cumprimento de todas as leis aplicáveis;

O IMED e todos os colaboradores e parceiros da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa não manterão qualquer relacionamento com quem viole os seus princípios e regras de conduta contidos nos Padrões de Conduta abaixo, que resumem os valores, a cultura corporativa e as regras de conduta do Instituto.

O Programa de Compliance não é regido apenas pelos Padrões de Conduta do Instituto, mas também pelos Métodos de Aplicação, Controle e Monitoramento que identifica os responsáveis pela implementação da Política de Compliance e explica como aplicar os valores e padrões de comportamento definidos, para eles se confirmem nas práticas cotidianas.

ESCOPO DE APLICAÇÃO

Os Padrões de Conduta aplicam-se aos administradores, Colaboradores, Parceiros e todos os demais que, por motivos diversos, agem em nome ou por conta e no interesse do Instituto e da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, independentemente da qualificação jurídica da relação (a título de exemplo, Colaboradores de projetos específicos, prestadores de serviços temporários, trabalhadores temporários).

I. PADRÕES DE CONDUTA

1. VALORES ÉTICOS

Objetivo

Os Padrões de conduta do Instituto ("Padrões") identificam valores e princípios que norteiam suas relações. O Instituto realiza negócios e trabalha junto com um forte senso de ética. O Instituto tem como compromisso a honestidade, a integridade e a lealdade em tudo o que faz; portanto, nossas atividades refletem positivamente sobre seus stakeholders no mercado ao atendido pelo mesmo, na comunidade e em seus colaboradores e Parceiros.

Uma tomada de decisão ética exige a compreensão dos valores e dos princípios pessoais e do Instituto, além de muito bom senso. Todos seus colaboradores e Parceiros desempenham o papel mais importante no processo de tomada de decisão ética e, portanto, na implementação dos padrões éticos dele.

Seu gerente pode ser a primeira fonte de consulta sobre questões éticas. Como alternativa, você também pode relatar qualquer preocupação ética ou de conformidade pelo telefone ou por e-mail à linha direta de ética do Instituto ou para qualquer representante da empresa indicado nos Métodos de Aplicação destes Padrões.

Aplicabilidade

Os gerentes da Instituto são responsáveis por discutir estes padrões de Conduta com todos os colaboradores da organização e por garantir que suas condições sejam entendidas e observadas. Cada gerente é responsável por praticar uma supervisão atenta a fim de garantir o comportamento comercial ético e legal desses colaboradores sobre os quais tem responsabilidade operacional. Cada colaborador também tem responsabilidade pessoal direta por seguir as condições destes Padrões de Conduta e por tomar a iniciativa de buscar ajuda ou esclarecimento a fim de evitar decisões comerciais ilegais ou antiéticas.

Quando tiver dúvida sobre uma questão ética, pergunte a si mesmo:

• Se esta ação fosse divulgada, prejudicaria a reputação do Instituto, ou de alguém, incluindo eu mesmo?

• Eu ficaria constrangido se outras pessoas soubessem que fiz isso?

• Se a situação fosse inversa, como eu me sentiria como vítima dessa ação?

• Há uma ação alternativa que não represente um conflito ético?

• Devo conversar com alguém que tenha autoridade no Instituto antes de executar essa ação?

2. RELAÇÕES DO INSTITUTO

O colaborador do Instituto, será visto como um reflexo do mesmo. Isso se aplicará tanto ao horário comercial quanto às demais horas do dia.

Espera-se que seja leal e fiel aos princípios do mesmo de honestidade, integridade e lealdade, bem como às responsabilidades de seu trabalho, e que se comporte de uma maneira ética que seja benéfica para você e para o Instituto.

Uma tomada de decisão ética exige a compreensão dos valores e dos princípios pessoais e do Instituto, além de muito bom senso. Qualquer colaborador ou

parceiro do Instituto deve agir apenas conforme o escopo de sua contratação e descrição de suas atribuições. Qualquer dúvida a esse respeito deve ser levada ao seu superior imediato.

São alguns temas que merecem atenção especifica:

Fraudes internas – nenhum Colaborador poderá agir sem poderes de representação, elaborar ou induzir a elaboração de documentos fraudulentos a fim de obter a aprovação do Instituto para decisões, despesas, relatório de despesas ou algum benefício individual.

Contratações em nome do Instituto – nenhum Colaborador poderá celebrar contratos ou acordos, salvo os contratos e acordos padrão do mesmo, sem a ciência e aprovação do gerente responsável.

Assinaturas – nenhum Colaborador poderá assinar por outro sem o devido consentimento desse, também não poderá forjar a assinatura (rubrica ou outro sinal) de outro.

Discursos e apresentações – a realização de discursos, apresentações, seminários em que o nome do Instituto esteja ou possa estar envolvido, deve ser previamente aprovada pelo responsável pela área de Comunicação.

Relações com e entre Colaboradores

O Instituto está firmemente comprometido com as oportunidades iguais, sem preconceito de idade, sexo, raça, religião, cor, preferência sexual, nacionalidade, deficiência ou outra condição protegida por lei. O Instituto respeita as diferenças de formação, experiência e perspectivas que as pessoas trazem com elas para o mesmo. O Instituto está interessado em contratar pessoas integras que, com certeza, serão os melhores executores.

Esperamos que todos os Colaboradores se aceitem e se respeitem como iguais, com atitudes de cooperação, cortesia e consideração. Nenhum indivíduo ou grupo deve ser considerado de "segunda classe". O Instituto não tolerará, da parte de qualquer Colaborador, uma conduta que assedie, perturbe ou interfira no desempenho do trabalho de outra pessoa ou que crie um ambiente de trabalho constrangedor, ofensivo, abusivo ou hostil.

Caracteriza-se o assédio sexual quando alguém em posição privilegiada usa dessa condição para coagir ou ofertar benefícios a um Colaborador para obter vantagem ou favor sexual. Formas mais graves de assédio sexual podem ser caracterizadas pelo pedido de favores sexuais ou qualquer forma de chantagem sexual, explícita ou implícita, que

possa ter influência na carreira, salário, funções ou condições de trabalho. Outros exemplos, menos graves, de assédio sexual incluem comentários sexualmente sugestivos, insinuações, gracejos ou piadas. A caracterização da conduta de assédio sexual depende das circunstâncias e contexto em que o incidente tiver ocorrido. Tal tipo de comportamento pode interferir no exercício do trabalho e criar um ambiente de trabalho hostil. Quando este tipo de violação tiver ocorrido o Instituto atuará para frear o assédio, prevenir sua ocorrência, bem como tomar as medidas disciplinares e legais contra os responsáveis. As reclamações sobre assédio sexual devem ser realizadas ao *Compliance Officer* e devem ser prontamente analisadas e resolvidas.

O Instituto apoia e defende a proteção de direitos humanos internacionais em nossa esfera de influência, garantindo que não exista participação em abusos de direitos humanos e além de reforçar a mesma exigência de seus parceiros comerciais e fornecedores. O Instituto respeita as leis relacionadas a mão de obra infantil e demais exigências trabalhistas.

O Instituto garante que nenhum trabalho é realizado de maneira forçada, obrigado ou involuntário, sendo certo que seus contratos de trabalho respeitam todos os direitos dos trabalhadores em se organizar de acordo com as leis e as práticas estabelecidas.

O Instituto está dedicado em manter um ambiente de trabalho que seja seguro e em conformidade com as leis que regem a segurança e a saúde no local de trabalho. Seus colaboradores devem seguir as regras estabelecidas de segurança, meio ambiente e saúde e deve ter consciência de que as precauções apropriadas relacionadas à saúde e à segurança em todas as ocupações foram tomadas por cada indivíduo e pelo Instituto. Caso tal regra não respeitada o colaborador deve imediatamente reportar para a gerência apropriada qualquer incidente ou ferimento sofrido no trabalho ou qualquer preocupação ambiental, de saúde ou de segurança que possa ter. Ações apropriadas e oportunas serão tomadas para corrigir condições inseguras.

Atos violentos ou ameaças de violência não serão tolerados.

<u>Relações com fornecedores e prestadores de serviços</u>

Os fornecedores e prestadores de serviços que oferecem produtos, material médico, medicamentos e serviços de qualidade são uma parte importante da capacidade do Instituto de oferecer serviços superiores para seus pacientes. O Instituto espera que seus fornecedores e prestadores de serviços sejam pessoas íntegras que produzam componentes de qualidade excelente, com entregas no prazo e por preços competitivos. O Instituto utiliza sempre as práticas de ética comercial de mais alto nível na seleção, negociação

e administração de todas as atividades de compras, respeitando e protegendo as informações de propriedade exclusiva de seus parceiros.

Relações com a comunidade

O Instituto visa fornecer às comunidades onde se encontra a Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, colaboração com pessoas capazes que ajudarão nas tarefas de liderança. Desde que essas tarefas externas atendam aos nossos interesses e não interfiram no desempenho de seu trabalho, encorajamos a sua participação. Para qualquer tarefa externa que envolva uma quantidade significativa de tempo durante o horário de trabalho normal, é preciso obter aprovação prévia do gerente.

3.CONFORMIDADE COM LEIS E NORMAS

O Instituto realiza seu trabalho e gestão de suas Unidades de Saúde de acordo com todas as leis e normas aplicáveis. Cada indivíduo do Instituto é pessoalmente responsável por cumprir essa obrigação. Os gerentes devem garantir que os funcionários conheçam as exigências legais e compreendam a importância de adequar sua conduta às leis. Obedecer às leis não é a única responsabilidade ética; é uma condição absolutamente mínima e essencial na execução de nossas funções. Se você tiver dúvidas sobre leis ou normas específicas, entre em contato com o departamento jurídico do Instituto.

Antissuborno/Anticorrupção

A Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013 (lei brasileira sobre responsabilidade de empresas por atos de corrupção) e várias outras leis relacionadas proíbem o Instituto de oferecer ou pagar qualquer quantia em dinheiro ou outro item de valor, direta ou indiretamente, a qualquer agente público nacional, partido político nacional ou seus representantes e candidatos a cargos públicos, com a finalidade de obter ou manter indevidamente os negócios ou de influenciar uma ação do governo em favor do Instituto. Esses pagamentos proibidos incluem taxas de consultoria, corretagem, assessoria ou outras taxas pagas a terceiros quando haja motivo para acreditar que qualquer parte dessas taxas será distribuída para representantes ou partidos políticos de governo nacional visando a realização desses objetivos indevidos.

Atividades políticas

O Instituto encoraja todos os funcionários a votarem e a serem ativos no processo político. No entanto, várias leis regem o uso de fundos e recursos corporativos

ligados a eleições. Contribuições políticas por ou em nome da Instituto são proibidas.

4. CONFLITOS DE INTERESSES

O Instituto espera que seus colaboradores e parceiros se dedique com lealdade e sinceridade em seu horário de trabalho e que evite qualquer conflito de interesses, pois são proibidos. Um conflito de interesses ocorre quando seu interesse particular interfere de alguma maneira, ou aparenta interferir, nos interesses do mesmo como um todo. Por exemplo, seus colaboradores e parceiros devem evitar qualquer relação, influência, interesse externo ou atividade que possa prejudicar sua capacidade de tomar decisões objetivas e justas ao exercer sua função ou que possa levar outras pessoas a acreditarem que suas decisões não são objetivas. Também deve evitar qualquer situação na qual qualquer colaborador ou um familiar receba benefícios pessoais impróprios como resultado de sua posição no Instituto.

Sempre que surgir um conflito ou uma possibilidade de conflito, o colaborador deverá revelar a todos os detalhes da questão ao *Compliance Officer*, a fim de determinar se há um conflito de interesses e, se houver, para determinar se suas atividades podem ser estruturadas de uma maneira que o conflito, ou até mesmo a aparência de conflito, não interfira no desempenho de seu trabalho ou se é necessária uma dispensa relacionada com a situação de conflito de interesses.

O *Compliance Officer*, juntamente com outros membros da gerência sênior, deve avaliar as informações fornecidas, o conflito de interesses apresentado e outros fatos e circunstâncias conforme apropriado, a fim de estabelecer uma determinação consistente com estes Padrões de Conduta. O *Compliance Officer* deve, então, informar os funcionários e seus supervisores, bem como a diretoria da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, sobre a determinação estabelecida.

Subornos, presentes e entretenimento

Os funcionários do Instituto não podem oferecer nem aceitar qualquer presente que possa, real ou aparentemente, influenciar indevidamente uma relação ou decisão comercial. Presentes podem incluir desde brindes promocionais de valor nominal amplamente distribuídos, que qualquer colaborador possa oferecer ou aceitar, até subornos, que inquestionavelmente não devem ser oferecidos nem aceitos. Nenhum presente ou entretenimento deve ser oferecido a nenhum agente público brasileiro, independentemente de a intenção ser real ou aparente. Oferecer ou receber presentes inapropriados ou pagamentos não autorizados prejudica a objetividade, compromete as relações e pode ser ilegal.

5. PROTEÇÃO DOS ATIVOS DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA

Todo colaborador do Instituto é responsável por proteger os ativos da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, incluindo seus ativos físicos, como instalações, equipamentos e estoques, e ativos intangíveis. Todo colaborador deve usar e manter esses ativos com o maior cuidado e respeito, protegendo-os contra danos, abuso, roubo e descuido, estando o mesmo sempre atento às oportunidades de melhorar o desempenho e reduzir custos. Os ativos da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa só podem ser usados para fins da gestão e operação dele.

Precisão de livros e registros e dos relatórios públicos

Colaboradores, executivos e diretores devem relatar, de maneira honesta, precisa e completa, todas as transações contábeis. Todos os colaboradores são responsáveis pela precisão e pela integridade de seus registros e relatórios. Informações precisas e completas são essenciais à capacidade do Instituto de cumprir as obrigações legais e normativas. Todos os livros, registros e contas da empresa devem ser mantidos de acordo com todas as normas, padrões e políticas contábeis e financeiras aplicáveis e devem refletir, com precisão, a real natureza das transações que registraram. Isso é obrigatório. As declarações financeiras do Instituto devem estar em conformidade com todas as regras e práticas contábeis aceitas em geral e exigidas pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Nenhuma conta ou fundo não divulgado ou não registrado deve ser estabelecido para qualquer finalidade. Faz parte da política do Instituto fornecer informações completas, idôneas, precisas, imediatas e compreensíveis em relatórios e documentos que serão consolidados e apresentados à Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

Proteção de Dados Pessoais

Todo Colaborador deve agir para proteger os dados pessoais de terceiros ou pacientes tratados pelo Instituto.

Por dados pessoais entende-se toda informação relacionada a pessoa física identificada ou identificável.

Por tratamento de dados pessoais entende-se toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação,

comunicação, transferência, difusão ou extração.

Dados pessoais mantidos em arquivos físicos devem ter acesso controlado e registrado, devendo-se registrar inclusive a justificativa para o acesso a dados pessoais.

Dados pessoais mantidos em arquivos eletrônicos devem ser protegidos por senha. Equipamentos que contenham dados pessoais devem ser protegidos por senha.

Dados pessoais não podem ser compartilhados com terceiros estranhos ao Instituto. Antes de se enviar qualquer documento ou informação a terceiros (inclusive antes de se repassar um Email) deve-se checar se no documento em questão há dados pessoais e se houve autorização para uso desses dados. Na ausência de autorização, esses dados devem ser apagados ou anonimizados. Citamos como exemplo os pedidos de prontuários de pacientes por pessoas não autorizadas pela família.

Sempre que um colaborador se deparar com uma reclamação quanto ao uso incorreto ou quanto à inexatidão de dados pessoais, deve encaminhá-la imediatamente a seu superior e ao responsável pela proteção de dados do Instituto.

Nenhum colaborador pode manter em seus arquivos dados pessoais, não ser que haja uma justificativa para tanto.

Qualquer dúvida quanto a dados pessoais deve ser encaminhada ao responsável pela proteção de dados do Instituto.

II - MÉTODOS DE APLICAÇÃO, CONTROLE E MONITORAMENTO

A Política de Compliance é levada ao conhecimento de todos os destinatários por meio de atividades de comunicação específicas. Treinamentos e cursos são periodicamente realizados, na frequência a ser estabelecida pelo *Compliance Officer*.

Qualquer dúvida de aplicação relacionada a este documento deve ser prontamente discutida com o *Compliance Officer*.

Qualquer colaborador do Instituto, você tem uma obrigação para com a empresa de relatar a conduta que, de boa-fé, acredite ser uma violação das leis, das

normas, destes Padrões de Conduta ou das políticas do Instituto, incluindo qualquer questão contábil ou de auditoria.

Esses relatos podem ser feitos anonimamente. Nenhum colaborador não sofrerá represália por relatar, de boa-fé, informações que acredite estejam violando as leis, as normas ou estes Padrões de Conduta. O Instituto não punirá, discriminará nem fará retaliações contra qualquer funcionário que relate uma reclamação ou preocupação, a menos que seja determinado que o relato foi intencionalmente falso.

Procedimentos para relatar

O Instituto encoraja os funcionários a discutirem com o gerente questões relacionadas à interpretação e à aplicação destes Padrões de Conduta e a relatar para ele qualquer suspeita de violação. Cada gerente do Instituto tem como responsabilidade especial criar e manter um ambiente de trabalho que encoraje o comportamento ético e a comunicação aberta em relação a questões e preocupações éticas.

Se, no entanto, sentir-se constrangido em procurar seu gerente ou se as questões ou preocupações não forem satisfatoriamente resolvidas por ele, você poderá contactar o responsável pela aplicação do Programa de Compliance, que definido a partir da implantação do Programa na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa. O acesso ao conteúdo das mensagens ou denúncias é estritamente limitado aos indivíduos cujo acesso a elas é indispensável.

Qualquer colaborador poderá fornecer as informações anonimamente, se preferir. No entanto, lembre-se de que, normalmente, é mais difícil investigar totalmente os problemas levantados anonimamente e não receberá o resultado da investigação.

Procedimentos de investigação

Se o Instituto receber informações sobre uma suposta violação da lei, das normas ou destes Padrões, o responsável pela aplicação do Programa de Compliance (ou alguém nomeado por ele) deverá, conforme apropriado, com a colaboração de outros membros da gerência sênior: (a) avaliar as informações; (b) se a violação alegada envolver um executivo ou diretor, informar a diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa; (c) determinar se é necessário iniciar uma investigação informal ou formal e, nesse caso, iniciar a investigação; (d) ter os resultados de qualquer investigação, bem como uma recomendação para disposição do problema, relatados ou, se a violação alegada envolver um executivo ou diretor, relatar os resultados de qualquer investigação para a diretoria ou um comitê

responsável. Espera-se a total cooperação de funcionários, executivos e diretores em qualquer investigação realizada pelo Instituto que envolva uma alegação de violação dos Padrões. A não cooperação com qualquer investigação desse tipo poderá resultar em ações disciplinares, levando até a demissão.

O Instituto deverá determinar se as violações dos Padrões ocorreram e, se forem constatadas, deverá determinar as medidas disciplinares a serem tomadas contra qualquer funcionário que os tenha violado. Se a violação alegada envolver um executivo ou diretor, a diretoria deverá determinar se ocorreu a violação dos Padrões e, se for constatada, serão tomadas as devidas medidas disciplinares contra esse executivo ou diretor.

Lembre-se de que uma pessoa que relata uma violação alegada da lei, das normas ou destes Padrões, mesmo que o relato não seja anônimo, não será necessariamente informada do andamento, da conclusão ou dos resultados da investigação. O não cumprimento dos Padrões poderá resultar em ação disciplinar, incluindo, sem limitação, advertências, medidas de controle, suspensão sem pagamento, demissão.

Determinadas violações dos Padrões poderão exigir que o Instituto encaminhe a questão para as autoridades governamentais ou normativas competentes para investigação ou ação legal. Além disso, qualquer supervisor que ordene ou aprove qualquer conduta que viole os Padrões, ou que tenha conhecimento dessa conduta e não a relate imediatamente, também estará sujeito à ação disciplinar, levando até a demissão.

Medidas Disciplinares

Compete ao *Compliance Officer* a verificação e apuração de eventuais violações dos deveres previstos na Política de Compliance. Em caso de violação, as funções competentes, titulares do poder disciplinar, comprometem-se a impor, com coerência, imparcialidade e uniformidade, sanções proporcionais às respectivas violações e no cumprimento das disposições em vigor sobre a regulamentação das relações de trabalho.

ORIGEM

As responsabilidades da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa em relação ao Programa de Compliance serão de alta relevância. O compromisso do Instituto com ele será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Compliance desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Médica será norteada pelas regras do Programa de Compliance dispostas nesse documento.

A comissão deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, e presidida pelo *Compliance Officer* da Unidade, conforme descrito abaixo:

I. Compliance Officer a ser definido;

II. Representante da Gerência Administrativa;

III. Representante da Gerência Assistencial;

MECANISMO DE CONTROLE

A Comitê de Compliance da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato do Comitê de Compliance será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido deles ou da Diretoria Médica.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Médica, para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Médica poderá renovar o Comitê em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DO COMITÊ

As ações do Comitê de Compliance, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I. Receber as denúncias e avaliar;

II. Analisar questões éticas e legais relacionadas às denúncias;

III. Promover a divulgação do Programa de Compliance e seu respectivo canal;

IV. Monitorar o cumprimento e observação das regras do Programa de Compliance;

V. Instaurar os eventuais procedimentos de investigação;

VI. Proceder a aplicação de medidas disciplinadoras quando necessário;

VII. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

Principais Elementos do Programa de Compliance

I. Envolvimento Alta Direção

II. Códigos de Ética

III. Políticas e procedimentos Internos

IV. Autonomia

V. Recursos, treinamentos,

VI. Análise periódica de riscos

VII. Registros contábeis

VIII. Controles Internos

IX. Diligências

X. Canal de Comunicação

XI. Medidas disciplinadoras e melhoria continua

Através do monitoramento do cumprimento das regras do Programa e Compliance, espera-se garantir o compromisso com trabalho ético, responsável e dentro das normas, leis e regras aplicáveis, na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comitê de Compliance deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário

previamente definidos e comunicados.

As deliberações do Comitê de Compliance, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas no cumprimento do Programa de Compliance devem ser encaminhadas primeiramente ao *Compliance Officer* da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, que irá notificar os demais a respeito do ocorrido.

Compete ao Comitê de Compliance a análise de 100% (cem por cento) dos casos de denúncia contra as normas do Programa de Compliance ocorridos na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada à Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

LOGO	**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE COMPLIANCE**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 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 a Comitê de Compliance junto à administração e todo grupo de colaboradores da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 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.

Artigo 3º - É um órgão de assessoria independente e ligado ao Jurídico e Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º - A composição mínima da Comitê de Compliance deverá ser de três membros, sendo um compliance Office, um membro da Gerência Administrativa e um membro da Gerência Assistencial, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 6º - Ao presidente do Comitê de Compliance, 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 Compliance as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da 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. Subscrever todos os documentos e resoluções do Comitê de Compliance previamente aprovados pelos membros desta;

VII. Fazer cumprir o regimento;

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;

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

I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

II. Zelar pelo sigilo ético das informações.

Artigo 8º - Ao Comitê de Compliance compete:

I. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comitê de Compliance;

II. Assessorar a Direção Médica em assuntos de sua competência;

III. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias;

IV. Desenvolver atividades de disseminação do Programa de Compliance a 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

Artigo 9º- A Comitê de Compliance da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa será presidido pelo Compliance Officer que nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Médica.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 10 - São atribuições de todos os membros do Comitê de Compliance:

I. Promover o monitoramento das regras Programa de Compliance.

Artigo 11 - São atribuições da Secretaria do comitê de Compliance:

I- Receber e protocolar os processos e expedientes;

I. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

II. Convocar os membros da Comitê de Compliance para as reuniões determinadas pelo presidente;

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

IV. Preparar a correspondência;

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

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

Artigo 13 - As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 14 - As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Médica para os encaminhamentos necessários.

Artigo 15 - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Médica.

Artigo 16 - O presidente do Comitê de Compliance, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Comitê de Compliance.

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

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

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

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

Artigo 21 - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Comitê de Compliance, em conjunto com a Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

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

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

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

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

Artigo 26 - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO COMITÊ DE COMPLIANCE

MÊS	ATIVIDADES
M1 e M2	1. Criar o Comitê de Compliance, através de uma Resolução do Diretoria Médica, indicando nominalmente seus membros.
	2. Aprovar o Regimento Interno do Comitê de Compliance;
	3. Elaborar programa de palestras.
	4. Reunião ordinária do Comitê de Compliance; (primeira terça-feira do mês).
	5. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;

M3	1. Elaborar normas para aplicação dos processos de melhoria continua de monitoramento do Programa de Compliance;
	2. Normatizar o adequado registro das denúncias e dos procedimentos de investigação instaurados;
	3. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;
	4. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês).
	5. Realizar treinamento – Palestra
M4	1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;
	2.Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês).
M5	1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;
	2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês).
M6	1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;
	2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês).
	3. Realizar treinamento – Palestra
M7	1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;
	2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês).
M8	1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;
	2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês).
M9 e M10	1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;
	2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês).
	3. Realizar treinamento – Palestra.
	1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;

	2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês).
M11	1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;
	2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês).
M12	1. Realizar a análise de 100% das denúncias apresentadas;
	2. Reunião ordinária do Comitê de Compliance (primeira terça-feira do mês).
	3. Realizar treinamento – Palestra.

2.1.12 – Comitê De Ética Em Pesquisa

LOGO	**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA.

CONSTITUIÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO- FORMOSA** é um órgão colegiado, de natureza técnico-científica, vinculado à Diretoria Médica da Policlínica, constituído nos termos da **Resoluções 466/12, 510/16** e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

ORIGEM

Caracteriza-se como colegiado interdisciplinar e independente, com múnus público, de caráter consultivo, educativo e deliberativo, tem como principal objetivo a defesa dos interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões técnicos, legais e éticos.

MEMBROS

O CEP deverá ser constituído por no mínimo **3 (três)** membros do quadro funcional da instituição, indicados pela diretoria Médica, pelo menos **1 (um)** representante de usuários, indicado pela sociedade civil, conforme Resolução CNS nº 240/1997 de 05 de julho de 1997, e pelo menos **1(um)** representante religioso com formação em teologia;

A representação dos médicos deverá ser composta por no mínimo **2 (dois)** membros, com experiência em pesquisa clínica;

Pelo menos 50% dos membros do CEP deverão ter experiência em

pesquisa;

Os representantes dos usuários e de órgãos suplementares só poderão analisar e emitir parecer consubstanciado se tiverem reconhecida experiência em pesquisa;

O mandato dos membros terá duração de 2 (dois) anos, a partir da data de sua designação por meio de documento institucional;

A escolha da Coordenação e Vice Coordenação do CEP será realizada dentre os membros que o compõem.

MECANISMO DE CONTROLE

Todos os trabalhos para protocolo no CEPE deverão ser entregues de segunda a sexta feira, na secretaria da diretoria Médica da Policlínica das 8 às 12 horas.

Todos os membros do CEP se obrigam, nos termos da Resolução CNS 466/12, a manter sigilo e confidencialidade de todo o conteúdo durante todo o procedimento de análise dos protocolos tramitados;

Suas reuniões são sempre fechadas ao público, e os membros do CEP e todos os funcionários que tem acessos a todos os documentos, inclusive virtuais, e as reuniões, devem manter sigilo comprometendo-se por declaração escrita, sob pena de responsabilidade o membro do CEP que infringir este artigo ou que, por qualquer razão, incorrer em falta de ética profissional no exercício de suas atribuições ou para com o pesquisador, deverá ser devidamente apurada e se comprovada, deverá ser afastado do Comitê, não podendo voltar a ocupar a vaga novamente;

FINALIDADE DO COMITÊ

Analisar todos os protocolos de pesquisa apresentados, desde que em conformidade com os critérios estabelecidos no item VI da Resolução 466/12, no item V da Resolução 510/16 e demais resoluções, cabendo-lhe a decisão sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

PRINCIPIOS E DESENHO CONSTITUCIONAL

Tramitar os protocolos de pesquisa, de acordo com o contido na

Resolução CNS nº 466/12 complementada pela Norma Operacional nº 001/13, no prazo de 10 (dez) dias para checagem documental e 30 (trinta) dias, após aceite do protocolo, para emissão do parecer consubstanciado, on-line, por meio do **Sistema Plataforma Brasil**, enquadrando-o em uma das seguintes categorias:

a) Aprovado: quando o protocolo se encontra totalmente adequado para execução.

b) Com pendência: quando a decisão é pela necessidade de correção, hipótese em que serão solicitadas alterações ou complementações do protocolo de pesquisa. Por mais simples que seja a exigência feita, o protocolo continua em "pendência", enquanto esta não estiver completamente atendida. O pesquisador terá o prazo máximo de trinta (30) dias contados a partir da emissão do parecer consubstanciado, na Plataforma Brasil, para responder a(s) pendência(s) e o CEP no máximo mais (30) trinta dias para liberação do parecer consubstanciado final;

c) Não aprovado: quando a decisão considera que os óbices éticos do protocolo são de tal gravidade que não podem ser superados pela tramitação em "pendência".

d) Nas decisões de não aprovação cabe recurso ao próprio CEP e /ou a CONEP, no prazo máximo de 30 dias, sempre que algum fato novo for apresentado para fundamentar a necessidade de reanálise.

e) Arquivado: quando o pesquisador descumprir o prazo para enviar as respostas às pendências apontadas ou para recorrer;

f) Suspenso: quando a pesquisa aprovada, já em andamento, deve ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente ao participante da pesquisa;

g) Retirado: quando o Sistema CEP/CONEP acatar a solicitação do pesquisador responsável mediante justificativa para a retirada do protocolo, antes de sua avaliação ética. Neste caso, o protocolo é considerado encerrado.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Caberá ao Coordenador do CEP encaminhar o registro do Comitê junto à CONEP.

Os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa.

Para cada membro do CEP será disponibilizada carga horária semanal de 2 (duas) horas para suas atividades. Para a coordenação do CEP, serão computadas 4 (quatro) horas semanais e 2 horas semanais para a vice- coordenação.

Cabe à Policlínica o provimento de condições para o funcionamento do CEP, conforme as Resoluções 003/2007 e 370/2007, bem como, a Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

LOGO	**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

REGIMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA.

CAPÍTULO I – DOS OBJETIVOS

Artigo 1º - O Comitê de Ética em Pesquisa da **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO- FORMOSA** é um órgão colegiado, de natureza técnico-científica, vinculado à Diretoria Médica da Policlínica, constituído nos termos da **Resoluções 466/12, 510/16** e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Parágrafo Único - Caracteriza-se como um colegiado interdisciplinar e independente, com múnus público, de caráter consultivo, educativo e deliberativo, tem como principal objetivo a defesa dos interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões técnicos, legais e éticos.

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES DO CEP

Artigo 2º - O Comitê de Ética em Pesquisa da policlínica tem por finalidade:

I. divulgar e capacitar os membros do CEP, pesquisadores, médicos, enfermeiros e toda equipe multidisciplinar além de funcionários e participantes de pesquisas, em relação às normas relativas à ética em pesquisa envolvendo seres humanos;

II. analisar todos os protocolos de pesquisa apresentados, desde que em conformidade com os critérios estabelecidos no item VI da Resolução 466/12, no item V da Resolução 510/16 e demais resoluções, cabendo-lhe a decisão sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

III. tramitar os protocolos de pesquisa, de acordo com o contido na Resolução CNS nº 466/12 complementada pela Norma Operacional nº 001/13, no prazo de 10 (dez) dias para checagem documental e 30 (trinta) dias, após aceite do protocolo, para emissão do parecer consubstanciado, on-line, por meio do Sistema Plataforma Brasil, enquadrando-o em uma das seguintes categorias:

a) Aprovado: quando o protocolo se encontra totalmente adequado para execução.

b) Com pendência: quando a decisão é pela necessidade de correção, hipótese em que serão solicitadas alterações ou complementações do protocolo de pesquisa. Por mais simples que seja a exigência feita, o protocolo continua em "pendência", enquanto esta não estiver completamente atendida. O pesquisador terá o prazo máximo de trinta (30) dias contados a partir da emissão do parecer consubstanciado, na Plataforma Brasil, para responder a(s) pendência(s) e o CEP no máximo mais (30) trinta dias para liberação do parecer consubstanciado final;

c) Não aprovado: quando a decisão considera que os óbices éticos do protocolo são de tal gravidade que não podem ser superados pela tramitação em "pendência".

d) Nas decisões de não aprovação cabe recurso ao próprio CEP e /ou a CONEP, no prazo máximo de 30 dias, sempre que algum fato novo for apresentado para fundamentar a necessidade de reanálise.

e) Arquivado: quando o pesquisador descumprir o prazo para enviar as respostas às pendências apontadas ou para recorrer;

f) Suspenso: quando a pesquisa aprovada, já em andamento, deve ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente ao participante da pesquisa;

g) Retirado: quando o Sistema CEP/CONEP acatar a solicitação do pesquisador responsável mediante justificativa para a retirada do protocolo, antes de sua avaliação ética. Neste caso, o protocolo é considerado encerrado.

Parágrafo Único: O CEP, ao analisar e decidir sobre as pesquisas submetidas à sua apreciação, se torna corresponsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa.

Artigo 3º Havendo modificação no projeto original da pesquisa, poderá o pesquisador formular emenda ao projeto, que carecerá de análise;

Parágrafo Único: emenda é toda proposta de modificação ao projeto original, apresentada com a justificativa que a motivou, as emendas devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. A emenda será analisada pelas instâncias de sua aprovação final (CEP e/ou CONEP).

Artigo 4º Havendo modificações importantes de objetivos e métodos, deve ser apresentado outro protocolo de pesquisa.

Parágrafo Único: extensão é a proposta de prorrogação ou continuidade da pesquisa com os mesmos participantes recrutados, sem mudança essencial nos objetivos e na metodologia do projeto original. Havendo modificações importantes de objetivos e métodos, deve ser apresentado outro protocolo de pesquisa.

Artigo 5º. Analisar ocorrência de eventos adversos (EAS);

Parágrafo Único: Evento Adverso Sério é qualquer ocorrência médica desfavorável que resulta em:

1) Morte;

2) Ameaça ou risco de vida;

3) Hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização preexistente, excetuando-se as cirurgias eletivas e as internações previstas no protocolo;

4) Incapacidade persistente ou significativa;

5) Anomalia congênita ou defeito de nascimento;

6) Ocorrência médica significativa que, baseada em julgamento médico apropriado, pode prejudicar o paciente e/ou requerer intervenção médica ou cirúrgica para prevenir quaisquer das demais ocorrências supracitadas;

7) Toda e qualquer intercorrência que acometa o participante de pesquisa, enquanto indivíduo vulnerável, a situações determinadas por fatores psicossociais em pesquisas de qualquer natureza.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 6º - O CEP da Policlínica será assim constituído:

I. O CEP deverá ser constituído por no mínimo **3 (três)** membros do quadro funcional da instituição, indicados pela diretoria Médica, pelo menos **1 (um)** representante de usuários, indicado pela sociedade civil, conforme Resolução CNS nº 240/1997 de 05 de julho de 1997, e pelo menos **1 (um)** representante religioso com formação em teologia;

II. A representação dos médicos deverá ser composta por no mínimo **2 (dois)** membros, com experiência em pesquisa clínica;

III. Pelo menos 50% dos membros do CEP deverão ter experiência em pesquisa;

IV. Os representantes dos usuários e de órgãos suplementares só poderão analisar e emitir parecer consubstanciado se tiverem reconhecida experiência em pesquisa;

V. O mandato dos membros terá duração de 2 (dois) anos, a partir da data de sua designação por meio de documento institucional;

Parágrafo Único: A escolha da Coordenação e Vice Coordenação do CEP será realizada dentre os membros que o compõem.

VI. será permitida recondução e garantida permanência de 50% de seus membros.

CAPÍTULO IV – DA COMPETÊNCIA

Artigo 7º - Compete ao CEP assumir, com o pesquisador, a corresponsabilidade pela preservação de condutas eticamente corretas no projeto e no desenvolvimento da pesquisa, cabendo-lhe, ainda, comunicar à CONEP e à ANVISA a ocorrência

de eventos adversos graves.

1. Receber denúncias de situações antiéticas e infrações éticas.

2. Ao receber denúncias ou perceber situações de infrações éticas, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, os fatos deverão ser comunicados às instâncias competentes para averiguação e, quando couber, ao Ministério Público.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 8º Todos os trabalhos para protocolo no CEPE deverão ser entregues de segunda a sexta feira, na secretaria da diretoria Médica da Policlínica das 8 às 12 horas.

Artigo 9º - Todos os membros do CEP se obrigam, nos termos da Resolução CNS 466/12, a manter sigilo e confidencialidade de todo o conteúdo durante todo o procedimento de análise dos protocolos tramitados no CEP. Suas reuniões são sempre fechadas ao público, e os membros do CEP e todos os funcionários que têm acessos a todos os documentos, inclusive virtuais, e as reuniões, devem manter sigilo comprometendo-se por declaração escrita, sob pena de responsabilidade.

I. o membro do CEP que infringir este artigo ou que, por qualquer razão, incorrer em falta de ética profissional no exercício de suas atribuições ou para com o pesquisador, devidamente apurada e comprovada, deverá ser afastado do Comitê, não podendo voltar a ocupar a vaga novamente;

II. as denúncias de infração deverão ser formuladas, por escrito, ao CEP que, se entender procedentes, as encaminhará à Instituição para abertura de sindicância.

Artigo 10º - O CEP poderá contar com consultores ad hoc, pertencentes ou não à Instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

I. no caso de pesquisas que envolvem grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, poderá ser convidado um representante, como membro ad hoc do CEP, para participar da análise do projeto específico;

II. nas pesquisas envolvendo população indígena deverá participar um consultor ad hoc, familiarizado com os costumes e tradições da respectiva etnia;

Artigo 11º - O CEP deverá se reunir uma vez ao mês, em caráter ordinário, conforme calendário definido na última reunião anual, respeitando períodos de recesso institucional. O CEP deverá se reunir em caráter extraordinário, quando convocado pela Coordenação, ou por 2/3 (dois terços) de seus membros;

I. o CEP se reunirá e deliberará com a presença de 50% (cinquenta por cento) mais um dos representantes de sua constituição, e terá suas convocações feitas pelo coordenador;

II. os membros do CEP deverão ter total independência na tomada das decisões no exercício de suas funções;

III. o controle da participação nas reuniões será realizado por meio de assinatura em lista de presença e na pauta, gerada pelo Sistema Plataforma Brasil.

IV. O membro que faltar a três reuniões ao ano, sem justificativa escrita, será dispensado e substituído do Conselho, na forma do artigo 4º, inciso I;

V. As justificativas das faltas serão avaliadas pela coordenação e, se fizer necessário, pelo colegiado;

VI. a análise ética de todo e qualquer protocolo de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica.

Artigo 12º - Seguindo as Resoluções 466/12, 510/16 e demais resoluções quando cabíveis do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, os projetos conduzidos nas dependências da Policlínica ou coordenados por pesquisadores da instituição devem ter o parecer do CEP.

Artigo 13º - Os Projetos de Pesquisa somente poderão ser analisados pelo CEP se forem devidamente cadastrados no Sistema Plataforma Brasil.

CAPÍTULO VI – DAS ATRIBUIÇÕES DO CEP

Artigo 14º – São atribuições orgânicas do CEP entre outras, enviar os relatórios de pesquisa a cada 2 meses, comunicando a ocorrência de eventos adversos esperados ou não esperados a todos os membros do CEP para monitoramento colegiado;

1 - Manter sob sua guarda e responsabilidade, os protocolos de pesquisa e demais documentos, inclusive digitalizados, pelo prazo mínimo de cinco (5) anos a

contar do encerramento do protocolo. Decorrido este tempo, o CEP deverá avaliar os documentos com vistas a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente;

2 - Acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios solicitados aos pesquisadores tanto intermediários como finais, da pesquisa;

3 - Manter comunicação regular com a CONEP;

4 - Comitê de Ética em Pesquisa da Policlínica não analisa pesquisa com animais.

5 - Comprometer-se com as atividades relativas ao processo de trabalho do CEP (reunião, assessoria, capacitação de pesquisadores, educação continuada sobre a ética em pesquisa com seres humanos, análise de projetos, organização de eventos científicos);

6 - Emitir parecer consubstanciado, on-line, no Sistema Plataforma Brasil, no prazo máximo de 48 horas a partir do parecer apresentado em reunião. O contato do parecerista com o pesquisador é proibido. Caso sejam necessários esclarecimentos específicos sobre o projeto de pesquisa, o parecerista deverá consultar a coordenação do CEP;

7 - Relatar parecer e atender às recomendações indicadas em reunião do Colegiado do CEP;

CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 15º - Caberá ao Coordenador do CEP encaminhar o registro do Comitê junto à CONEP.

Artigo 16º - Os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa.

Artigo 17º - Para cada membro do CEP será disponibilizada carga horária semanal de 2 (duas) horas para suas atividades. Para a coordenação do CEP, serão computadas 4 (quatro) horas semanais e 2 horas semanais para a vice coordenação.

Artigo 18º - Cabe à Policlínica o provimento de condições para o funcionamento do CEP, conforme as Resoluções 003/2007 e 370/2007, bem como, a Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Artigo 19º – Cabe ao CEP e à Policlínica informar as instâncias

institucionais, a comunidade de pesquisadores, o público em geral e a CONEP situações de recesso institucional ou paralizações do CEP por período superior a 30(trinta) dias com devida antecedência, por via eletrônica, indicando o período exato de duração e a forma de contato com o CEP durante o período.

Artigo 20º - Quando um membro do CEP estiver envolvido em pesquisa sob análise, ele ficará impedido de participar do processo decisório desta.

Artigo 21º – Sempre que necessário este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e reformulado.

Artigo 22º -Revogam-se as disposições em contrário.

CAPÍTULO VIII – HISTÓRICO DE REVISÕES

Emissão	Versão	Descrição das principais alterações
XX/XX/XX	XXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

M1	Reunião Ordinária – Instalação e Posse do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO- FORMOSA
M2	Capacitação dos Membros conforme Normas da CONEP;
M3	Reunião Ordinária – Discussão de casos;
M4	Reunião Ordinária, Avaliação Trimestral;
M5	Reunião Ordinária – Discussão de casos: Debate sobre Eventos Adversos e eventos clínicos;
M6	Reunião Ordinária – Discussão de casos;
M7	Reunião Ordinária – Palestra Bioética;

M8	Reunião Ordinária – Avaliação semestral;
M9	Reunião Ordinária – Discussão de casos;
M10	Reunião Ordinária – Discussão de casos;
M11	Reunião Ordinária – Ética e Humanização na pesquisa clínica;
M12	Reunião Ordinária – Avaliação dos 12 meses;

2.1.13 - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

LOGO	**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CONSTITUIÇÃO

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deve ser constituído em atendimento à determinação regulamentada pela Portaria Portaria Nº 529/MS de 1º de abril de 2011 (consolidada pela portaria Nº 5/MS de 28 de setembro de 2017).

Os protocolos utilizados para o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente serão baseados pelas premissas da Portaria Nº 2.095/MS de 24 de setembro de 2013, Portaria que apresenta e aprova os protocolos básicos de segurança do paciente e Portaria Nº 1.377/MS 9 de julho de 2013, que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente, assim como as orientações da RCD 36 da ANVISA de 25 de julho de 2103, (que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências), da Nota Técnica da ANVISA Nº 01 de 2015, que dispões sobre as orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde e Nota Técnica da ANVISA Nº 2 que apresenta as orientações gerais para a implantação da Sub-rede Analítica de Resistência Microbiana em Serviços de Saúde.

Os eventos adversos serão notificados por meio da NOTIVISA/ANVISA. O NOTIVISA é um sistema informatizado desenvolvido pela ANVISA para receber notificações de incidentes, eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões do Núcleo e motivadas pelo Presidente em exercício.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, 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 Núcleo poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

As responsabilidades sociais da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, em relação à assistência de segura e de qualidade aos pacientes, se ddesenvolve à partir de ações que visam à detecção e a investigação de qualquer situação que possa motivar ou facilitar a quebra de barreiras de segurança aos pacientes atendidos na Policlínica, utilizando para isso as normas vigentes, nacionais e internacionais (Metas Internacionais de Segurança do Paciente).

MEMBROS

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente será composto por membros efetivos, deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Médica será norteada pelo Regimento Interno do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Contará com profissionais do quadro funcional da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, que atuam em consonância com a legislação vigente, deverá ser composta por uma equipe técnico-administrativa formalmente designada pelo diretor do hospital, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições do Núcleo, a equipe preferencialmente terá como coordenador um profissional da área de saúde de nível superior, com formação em Segurança do Paciente, e no mínimo 4 (quatro) membros, sendo

I. 1 (um) Representante do Serviço de Epidemiologia;

II. 1 (um) Representante da Comissão de Controle de Infecção;

III. 1 (um) Representante do Laboratório de Microbiologia;

IV. 1 (um) Representante do Departamento de Farmácia,

V. 1 (um) Representante do Corpo Clínico;

VI. (1) Representante (s) da Diretoria Médica, de acordo com

as demandas, em número a ser decido conjuntamente.

MECANISMO DE CONTROLE

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido deles ou da Diretoria Médica. Ao término do mandato, a Direção Médica poderá renovar os membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente em parte ou na totalidade de seus membros.

Em caso de substituição dos membros, os nomes dos suplentes eleitos deverão ser encaminhados a Direção Médica para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

FINALIDADE DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

As ações do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I. Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados as notificações de Eventos Adversos (E.A) ocorridas na unidade de saúde;

II. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Portaria Ministerial nº 529/MS de 1º de abril de 2011 (consolidada pela portaria Nº 5/MS de 28 de setembro de 2017).

III. Instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade na prestação dos serviços da Instituição.

IV. Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da Instituição;

V. Promover ações de envolvimento dos pacientes e familiares nas ações de segurança assistencial;

VI. Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre

segurança do paciente;

VII. Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente na instituição.

VIII. Promover ações para a gestão de risco na Instituição;

IX. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional;

X. 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;

XI. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

XII. Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente;

XIII. Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

XIV. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

XV. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

XVI. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XVII. Compartilhar e divulgar para as Coordenações 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;

XVIII. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XIX. Manter sob sua guarda e disponibilizar a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XX. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

XXI. Contribuir para a melhoria da qualidade assistencial prestada a população da região.

XXII. Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

O Gerenciamento de Risco, conjunto de atividade coordenadas para dirigir e controlar a organização no que se refere ao risco. O Núcleo, através de aplicação sistêmica e continua de procedimentos r recursos de avaliação e controle de riscos e eventos adversos que possam afetar a segurança, a saúde humana, integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

No sentido de minimizar os riscos potenciais de eventos adversos que se faz necessário conhecer e controlar esses riscos, que são fontes de danos no ambiente.

O Gerenciamento de Risco é parte integrante do Programa de Melhoria Continua da Qualidade e Segurança do Paciente e deverá conter prioritariamente ações de identificação do risco, notificação do risco, gerenciamento do risco, investigação de eventos adversos e gerenciamentos de queixas relacionadas.

As causas que, quando identificadas e tratadas resultam numa melhor qualidade do serviço.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, promovem as medidas a serem adotadas na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, de ser uma "instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas a segurança do paciente".

É um órgão diretamente vinculado a Coordenação e ao setor de Qualidade, cujas ações devem estar voltadas à promoção de uma assistência de qualidade e um ambiente seguro.

NOTA: O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deverá manter estreita relação com as Comissões e equipes da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios à Diretoria Médica e órgãos fiscalizadores e solicitantes, quando necessário.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente da unidade;

Quando este for o entendimento da maioria dos integrantes do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, esta deverá encaminhar, por escrito, orientações à diretoria da unidade competente.

LOGO	**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer o Núcleo perante a Equipe da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º - Cumprir e atender ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído no Brasil pela Portaria Nº 529/MS, de 1º de abril de 2013, sendo consolidada pela Portaria de Consolidação Nº 5/MS de 28 de setembro de 2017 e atender à RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Artigo 3º - Analisar as notificações, notificar e investigar os Eventos Adversos e Near Miss ocorridos na Unidade;

Artigo 4º - O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente tem por finalidade especialmente, prevenir, monitorar e desenvolver estratégias para reduzir a incidência de incidentes nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade em serviço de saúde.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente será composto por membros efetivos, deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Médica será norteada pelo Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente.

Artigo 6º - Contará com profissionais do quadro funcional da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, que atuam em consonância com a legislação vigente, deverá ser composta por uma equipe interdisciplinar, técnico-administrativa, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições do Núcleo, a equipe preferencialmente terá como coordenador um profissional da área de saúde de nível superior, com formação em Segurança do Paciente, e no mínimo 4 (quatro) membros, sendo escolhidos :

I. 1 (um) Representante do Serviço de Epidemiologia;

II. 1 (um) Representante da Comissão de Controle de Infecção;

III. 1 (um) Representante do Laboratório de Microbiologia;

IV. 1 (um) Representante do Departamento de Farmácia,

V. 1 (um) Representante do Corpo Clínico;

VI. 1 (um) Representante (s) da Diretoria Médica, de acordo com as demandas, em número a ser decido conjuntamente.

NOTA: Poderá o número de membros ser superior de acordo com as necessidades.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 7º - Compete ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:

I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;

II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

III. Desenvolver ações para a integração e a articulação interdisciplinar 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;

VXI. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

XVII. Participar de eventos e demais ações promovidas sobre segurança do paciente e qualidade;

XVIII. Sensibilizar os profissionais e os usuários quanto a importância da Segurança do Paciente;

XIX. Disseminar a cultura de segurança do paciente.

Artigo 8º - Ao presidente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente compete:

I. Presidir as reuniões ordinárias;

II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

III. Encaminhar aos membros do Núcleo, as propostas técnicas e administrativas de funcionamento do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente para apreciação e aprovação;

IV. Exercer ativamente a Presidência e representar o Núcleo em todos os órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política institucional existente

(ou que venham a existir) na unidade de saúde, bem como a nível externo, quando solicitado;

V. Cumprir e fazer cumprir as deliberações do Núcleo de Segurança do Paciente;

VI. Apresentar a Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, relatório mensal elaborado com as atividades do Núcleo, resultados de coleta e análise das notificações e investigações na unidade de saúde;

VII. Apresentar a Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, relatório mensal elaborado com a análise dos indicadores acompanhados;

VIII. Organizar, delegar e juntamente aos demais membros realizar investigações e executar as medidas de controle necessárias.

IX. Exercer demais atividades relacionadas às

finalidades deste Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Artigo 9º - Ao vice-presidente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente compete:

I. Assumir as atividades e competências do presidente nas suas ausências e impedimentos;

II. Zelar pelo sigilo ético das informações;

III. Cumprir e fazer cumprir as deliberações do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

Artigo 10 – A todos os membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente compete:

I. Avaliar a unidade de saúde de modo contínuo;

II. Avaliar rotineiramente as informações promovidas pelo sistema de vigilância epidemiológica, propostas pelo SCIH e CCIH deliberando sobre as medidas/barreiras de controle a serem implementadas;

III. Colaborar com o Presidente do Núcleo em todas as suas

atribuições;

IV. Participar com os demais membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, da elaboração de propostas de atuação e

implementação em assuntos relevantes para o Núcleo;

V. Realizar investigação de casos eventos adversos e near miss identificados e executar as medidas de controle necessárias.

VI. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

VII. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 11 - A duração do mandato do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido deles ou da Diretoria Médica. Ao término do mandato, a Direção Médica poderá renovar os membros do Núcleo em parte ou na totalidade de seus membros.

Artigo 12 - Em caso de substituição dos membros, os nomes dos membros eleitos deverão ser encaminhados a Direção Médica para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação.

Artigo 13 - Os membros poderão solicitar a participação de outros profissionais no desenvolvimento dos trabalhos, desde ele tenha qualificação técnica comprovada e a aprovação dos demais membros.

Artigo 14 - As reuniões do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente serão realizadas mensalmente, convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados pelo secretário desta.

Artigo 15 - As reuniões extraordinárias serão realizadas

sempre que necessário.

Artigo 16 - As decisões consideradas Resoluções serão

submetidas à Diretoria Médica, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 17 - O presidente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelos membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente através de votação simples pelos membros nomeados.

Artigo 18 - As decisões do Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 19 - As reuniões do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Diretorias da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, contendo: data e hora dela, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

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

Artigo 21 - Os assuntos tratados pelo do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 22 - Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 23 - Nenhum membro do Núcleo de Qualidade e

Segurança do Paciente, com exceção do Presidente, pode falar em nome do Núcleo sem que para isso esteja devidamente autorizado.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 24 - São atribuições do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:

I. Realizar reuniões periódicas para analisar e avaliar os dados sobre Eventos Adversos e Near Miss decorrentes da prestação de serviços, além de busca ativa e auditorias;

II. Promover ações para a gestão do risco;

III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional na unidade de saúde;

IV. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado a Política do Segurança na unidade de saúde;

V. Implantar protocolos de Segurança do Paciente e realizar monitoramento dos seus indicadores;

VI. Desenvolver, implantar e acompanhar programa de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde em parceria com a Educação Permanente;

VII. Difundir o conhecimento sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais em segurança do paciente;

VIII. Compartilhar e divulgar para as coordenações e aos profissionais os resultados das análises de eventos ou near miss registrados decorrentes da prestação de serviço.

Artigo 25 - São atribuições do Presidente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, além de outras que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I. Presidir as reuniões manifestar-se em nome do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

II. Assinar documentos (salvo se delegar formalmente a algum membro do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente);

III. Organizar as atividades do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

IV. Agendar e confirmar datas e horários das reuniões do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, informando ao secretário do Núcleo;

V. Convocar os membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente para as reuniões ordinárias ou extraordinárias, se julgar necessário com o auxílio do secretário;

VI. Aprovar as atas e as encaminhar ao secretário do Núcleo;

VII. Atribuir responsabilidades na divisão de tarefas;

VIII. Apresentar resultados mensais às Coordenações da unidade.

IX. Nas decisões do Núcleo, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

X. Escolher um membro como vice-presidente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Nota: Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o vice-presidente ou secretário. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 26 - São atribuições e competências do secretário do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:

I. Auxiliar na comunicação dos membros para as reuniões;

II. Registrar as reuniões em ata;

III. Organizar a pauta além de colher assinatura dos membros em lista de presença;

IV. Deverá ainda cumprir atribuições designadas pelo presidente e substitui-lo, assim como seu vice, quando assim designado formalmente, presidindo as reuniões ou comparecendo a reunião;

V. Na ausência do secretário, no momento da reunião cabe ao presidente designar outro membro para cumprimento das atribuições designadas.

Artigo 27 - São atribuições de todos os membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:

I. Participar das reuniões e cumprir as atribuições designadas pelo presidente;

II. Aprovar as atas enviadas para este fim;

III. Sugerir pautas para a reunião do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

III. Participar da divisão de tarefas do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e executá-las;

IV. Fazer relatório dos planos de ação quando solicitado.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 28 - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, em conjunto com a Diretoria Médica da Policlínica de Formosa.

Artigo 29 - A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Médica.

Artigo 30 - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

MÊS	ATIVIDADES
M1 e M2	1. Criação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, através de uma Resolução da Diretoria Médica, indicando nominalmente seus membros.
	2. Elaboração do Plano de Qualidade e Segurança do Paciente.
	3. Aprovação do Plano de Qualidade e Segurança do Paciente.
	4. Elaboração dos relatórios de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas.
	5. Elaboração do programa de palestras.
M3	1. Reunião de formação da Equipe Estratégica.
	2. Capacitação da Equipe Estratégica para realização de notificações de eventos

	adversos.
	3. Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente.
	4. Realização da reunião da Equipe Estratégica.
	5. Realizar treinamento – Palestra
	6. Divulgação/apresentação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente perante os colaboradores da unidade de saúde - Palestras
M4	1. Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente.
	2. Realização da reunião da Equipe Estratégica.
	3. Avaliação dos eventos adversos.
M5	1. Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente.
	2. Realização da reunião da Equipe Estratégica.
M6	1. Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente.
	2. Realização da reunião da Equipe Estratégica.
M7	1. Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente.
	2. Realização da reunião da Equipe Estratégica.
	3. Avaliação dos eventos adversos.
M8	1. Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente.
	2. Realização da reunião da Equipe Estratégica.
M9	1. Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente.
	2. Realização da reunião da Equipe Estratégica.
	3. Avaliação dos eventos adversos.
M10	1. Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente.

	2. Realização da reunião da Equipe Estratégica.
M11	1. Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente.
	2. Realização da reunião da Equipe Estratégica.
	3. Avaliação dos eventos adversos.
M12	1. Implementação dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente.
	2. Realização da reunião da Equipe Estratégica.
	3 Divulgação dos resultados dos 1º aos 12º meses de atuação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Proposta de Programa de Qualidade Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa

1. OBJETIVO

Tem como objetivo proporcionar a qualidade e segurança no atendimento de forma equitativa, tendo sua legalidade no respeito aos princípios básicos do Sistema Único de Saúde – SUS (Universalidade, Integralidade e Equidade).

2. ESCOPO

Oferecer ferramentas à instituição para que desta forma seja oferecido o melhor cuidado de assistência ao paciente, mantendo um relacionamento duradouro com nossos pacientes/clientes e parceiros através de um contínuo aperfeiçoamento humano e tecnológico implementando um modelo de gestão que evidencie a qualidade nas mais modernas e efetivas metodologias de avaliação que contempla todas as atividades que ocorrem na unidade, garantindo a segurança no cuidado com o paciente.

3. ÁREA DE APLICAÇÃO

Todas as unidades, tanto administrativas como assistenciais da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

DESCRIÇÃO

A Política de Gestão da Qualidade estabelece um conjunto de diretrizes criadas pelo Conselho Diretor e Gerência Corporativa, tem como objetivo proporcionar a qualidade e segurança no atendimento de forma equitativa, tendo sua legalidade no respeito aos princípios básicos do Sistema Único de Saúde – SUS (universalidade, integralidade e equidade) e princípios de gestão da qualidade.

Proposta de Organograma da Gestão da Qualidade



Conselho Diretor – Organização Social

Aprovar diretrizes gerais da política;

Aprovar a Política de Gestão da Qualidade;

Analisar os resultados dos indicadores de desempenho, assistenciais, produtividade e de custos demonstrados nos Relatórios Técnicos Mensais, Trimestrais, Semestrais e Anuais;

Presidir e demandar temas de maior relevância a serem tratadas nas reuniões de análises críticas,

Requerer as ações de melhorias propostas pelas áreas administrativas e assistenciais.

Gerência Corporativa da Qualidade

Instituir a Política de Gestão da Qualidade;

Definir os padrões de qualidade e metodologias para a melhoria contínua;

Propor planos e políticas para a implementação, gerenciamento, monitoramento e melhoria contínua da Gestão da Qualidade;

Promover ações para implementar a cultura da segurança e melhoria contínua dos processos;

Garantir o monitoramento efetivo na área garantindo agilidade na implementação da melhoria;

Definir indicadores de monitoramento do processo, como também do resultado, para as áreas assistenciais, administrativas e de apoio, considerando o monitoramento delas de acordo com a Política e diretrizes estabelecidas;

Dar suporte as lideranças para a avaliação técnica dos resultados, analisar as ações propostas pelas áreas envolvidas e acompanhar a implementação das ações;

Definir as ferramentas da qualidade e risco a serem utilizadas,

Promover capacitação à instituição na Política de Gestão da Qualidade.

Coordenação da Qualidade

Monitorar e auxiliar na implementação da Política de Gestão da Qualidade;

Monitorar e auxiliar na implementação dos padrões de qualidade e metodologias para a melhoria contínua;

Implementar os planos e políticas para a implementação, gerenciamento, monitoramento e melhoria contínua da Gestão da Qualidade;

Auxiliar na promoção das ações para implementar a cultura da segurança e melhoria contínua dos processos;

Auxiliar na implementação do monitoramento efetivo na implementação de melhorias;

Auxiliar as áreas a gerir indicadores de monitoramento do processo, como também do resultado, para as áreas assistenciais, administrativas e de apoio, de acordo com a Política e diretrizes estabelecidas;

Auxiliar as lideranças para a avaliação técnica dos resultados, análise das ações propostas pelas áreas e acompanhamento na implementação das ações;

Auxiliar a Gestão da Qualidade na utilização das ferramentas da qualidade e risco a serem utilizadas;

Auxiliar na capacitação da instituição na Política de Gestão da Qualidade.

Analista da Qualidade

Implementar a Política de Gestão da Qualidade;

Implementar os padrões de qualidade e metodologias para a melhoria contínua;

Implementar os planos e políticas para a implementação, gerenciamento, monitoramento e melhoria contínua da Gestão da Qualidade;

Implementar a cultura da segurança e melhoria contínua dos processos;

Implementar o monitoramento efetivo na implementação de melhorias;

Auxiliar as áreas a gerir indicadores de monitoramento do processo, como também do resultado, para as áreas assistenciais, administrativas e de apoio, de acordo com a Política e diretrizes estabelecidas, reportando a Coordenação;

Auxiliar as lideranças para a avaliação técnica dos resultados, análise das ações propostas pelas áreas e acompanhamento na implementação das ações;

Auxiliar as lideranças na utilização das ferramentas da qualidade e risco a serem utilizadas;

Capacitar a instituição na Política de Gestão da Qualidade.

Assistente Administrativa da Qualidade

Apoiar nas rotinas administrativas do setor;

Organizar documentos;

Verificar estrutura de relatórios, documentos e indicadores conforme normas padronizadas;

Arquivar documentos conforme procedimentos descritos.

Mapeamento de Processos

O mapeamento de processos diz respeito ao ato de realizar desenhos de processos por meio de instrumento específico definido. É utilizado como forma de realizar gestão por meio da visualização sistêmica de uma atividade, identificando pontos de fragilidade a serem corrigidos. Tem por objetivo tornar os processos eficazes, eficientes e adaptáveis, através da implantação de melhorias e padronização de rotinas, identificação dos processos primários, gerenciais e de apoio. Considera-se:

Processos Primários: que resultam no produto e serviço final na instituição. Ex: Ambulatório, CME, Centro de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia, Engenharia Clínica, etc.;

Processos de Apoio: que geram produtos e serviços, ocorrem nos bastidores, mas são essenciais para a gestão eficaz da instituição;

Processos. Gerenciais: existem para facilitar o funcionamento regular da instituição. Ex: Diretoria e Gerência.

Cabe a Gestão da Qualidade:

Definir os processos estratégicos;

Descrever os procedimentos que promovem a sistematização dos processos, responsabilidades dos gestores;

Elaborar instrumento para mapeamento dos processos;

Realizar mapeamento dos processos com toda equipe multidisciplinar;

Garantir a interação entre os processos;

Assegurar o monitoramento dos indicadores básicos de gestão.

Mapeamento de riscos

O mapeamento de riscos é, de forma geral, uma representação de todos os fatores, de quaisquer gêneros, que ameaçam a integridade de um processo de trabalho. Esses riscos podem estar relacionados ao próprio ambiente de trabalho, às legislações e riscos técnicos, a fatores externos que afetariam a produção do cuidado. Para um bom gerenciamento de riscos são listadas as principais ameaças às quais a unidade está exposta, bem como a probabilidade de que ocorram e as medidas e planos adotados para prevenir e minimizar esses riscos. A Gestão da Qualidade utiliza um modelo de mapeamento onde no instrumento os processos e riscos são aplicados simultaneamente, com periodicidade anua.

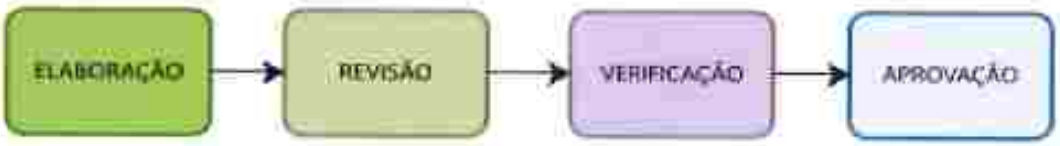
Fluxogramas: Mantendo uma sequência lógica e cronológica das atividades, o fluxograma nos auxilia com os departamentos a representar a interação entre os processos e visualizá-los como um todo, entendendo suas entrelinhas e interfaces.

Gestão de Documentos

Trata-se de um conjunto de medidas e rotinas que visam a racionalização e eficiência na elaboração, revisão, verificação e aprovação para uso dos documentos, disponibilização para avaliações e treinamentos e posterior arquivamento dos documentos, levando em conta sua natureza e especificidades de manuselo, tanto na fase corrente quanto na intermediária, com posterior eliminação ou recolhimento para guarda permanente.

Sistematizar os registos dos processos, rotinas, procedimentos operacionais padrão, protocolos etc.., com seus respetivos histórico, atualizações, validações, propiciando uma gestão por processos com qualidade, permitindo a visualização das interfaces entre os processos operacionais, macroprocessos e processos entre as áreas, referência para identificação e tratamento de uma não conformidade, para auditorias e treinamentos.

Workflow dos documentos: Estruturar um fluxo de documentos na rotina da instituição é fundamental para manter a organização e os processos padronizados. Saber como um fluxo acontece ajuda de forma significativa o andamento das atividades, além de tornar a comunicação mais ágil. Diante deste cenário, é fundamental organizar as atividades de modo que elas sigam um determinado ciclo ou fluxo. Um fluxo de documentos refere-se ao processo pelo qual um arquivo precisa passar até que seja armazenado. Em geral, esse fluxo passa pelos seguintes estágios:



- **Elaboração:** É a descrição detalhada da atividade desenvolvida. Esta etapa é de responsabilidade dos gestores dos setores.

- **Revisão:** A revisão é realizada pela Gestão da Qualidade local, e consiste na análise detalhada do documento, com foco na padronização, conceitos e conhecimento do processo, após a revisão os documentos são direcionados para os gestores das áreas competentes para a sua verificação.

- **Verificação:** A verificação é realizada pelos gestores das áreas competentes, que elaboram a análise crítica do documento, permitindo, assim, que ele esteja então apto para ser aplicado junto à instituição. Após a verificação, os documentos

devem ser encaminhados para a etapa de aprovação.

- **Aprovação:** A aprovação é realizada pela diretoria local e lideranças de serviços de apoio, conforme exige a atividade descrita no documento. Após a aprovação os documentos estão aptos para publicação no repositório de documentos local, ficando então disponíveis para consultas e treinamentos

- **Observação:** As etapas de codificação, controle de vencimento, arquivo, obsolescência, controle de versões e revisão de documentos acontecem de maneira digital no sistema Interact.

Distribuição: Os documentos originais ficam em posse da Gestão da Qualidade, a cópia do documento é disponibilizada pelo próprio sistema Interact que é disponibilizado o link em todos os setores.

✓ **Controle de vencimento e Revisão de Documentos:** A validade dos documentos será de 2 (dois) anos após a data de elaboração, podendo ser revisado antes deste prazo, conforme necessidade, tendo listada as revisões realizadas, ou obrigatoriamente até a data do vencimento; mesmo que não haja alteração a ser feita, os responsáveis deverão gerar nova revisão do Documento e preencher o campo "Histórico de Revisões" com a data da revisão, número da nova revisão informando que não houve alterações no documento. Atualizar o responsável pela elaboração e encaminhar o documento para revisão da Gestão da Qualidade.

✓ **Descarte de Documentos:** O descarte das cópias controladas deve ser feito exclusivamente pela Gestão da Qualidade que irá destruí-los para disposição nas lixeiras adequadas.

Institucionalmente são documentos controlados pela Qualidade:

Ata de reunião: Consiste em um registo escrito com o objetivo de reproduzir todos os acontecimentos, discursões e decisões tomadas em uma reunião ou assembleia.

Ficha Técnica de Indicadores (FIT): É a padronização do processo produtivo, conferindo ao trabalho diário com uma maior eficiência, possibilitando o levantamento e cálculo de dados de maneira padronizada.

Formulários (FOR): Modelo ou impresso para determinado fim, com campos que devem ser preenchidos com dados específicos do interessado.

Fluxograma (FX): Utilizada para representar a sequência e interação das atividades do processo por meio de símbolos gráficos, os símbolos proporcionam uma melhor visualização do funcionamento do processo ajudando no seu melhor entendimento, e tornando a descrição do processo mais visual e intuitivo.

Manuais (MAN): Manuais são todo e qualquer conjunto/agrupamento de normas, procedimentos, protocolos, funções, atividades, políticas e outras orientações que devem ser obedecidas e cumpridas por todos os agentes de uma organização.

Memorando: Modelo para a comunicação interna entre os setores da instituição, cada setor controla sua numeração e arquiva seus memorandos.

Planos de Contingência (PLC): Planejamento em caráter preventivo e alternativo e tem por finalidade atender situações adversas.

Planos Institucionais (PLA): São instrumentos associados à gestão estratégica integrada e servem de elemento orientador do planejamento institucional e como instrumento de divulgação, junto à comunidade e aos órgãos externos, dos principais objetivos a serem alcançados, devendo ser aprovado pela alta direção da instituição.

Políticas Institucionais: É um conjunto de normas, que devem ser obedecidas pelos colaboradores da instituição seja individualmente ou em conjunto.

Portaria Interna: É um ato normativo interno destinado a ordenar os serviços executados por colaboradores de um determinado setor da instituição.

Procedimento Operacional Padrão (POP): É o planejamento do trabalho repetitivo, e tem como objetivo padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução da atividade.

Protocolo (PRO): Promove a padronização das condutas multidisciplinares, isto **é**, auxilia na uniformização dos tipos de tratamento para determinados diagnósticos, e são obrigatoriamente baseados em evidência científica. Organizam e facilitam a tomada de decisões da gestão, tanto do ponto de vista da assistência quanto institucional.

Regimento Interno (REG): Orienta os processos de trabalho e atende os processos legais necessários, para o bom funcionamento da instituição. Esse documento contribui significativamente para o bom funcionamento dos processos institucionais.

Relatórios das Comissões: Documento pelo qual se faz a difusão da informação corrente, sendo ainda o registo permanente das informações e resultados obtidos e atividades

desenvolvidas. É elaborado principalmente para descrever atividades, descrever ações, investigações, processos, métodos e análises realizadas pelas Comissões.

Rotina (ROT): É destinada à orientação quanto à execução direta de determinada atividade setorial específica.

Gestão por Indicadores

Identificar os processos de maior impacto para a qualidade;

Implantar e monitorar, em conjunto com as áreas, os indicadores estratégicos, gerenciais e operacionais;

Analisar criticamente, em conjunto com o Conselho Diretor, por meio de Relatórios Técnicos e apresentação mensal de resultados, as metas e performance alcançados, elaborando ações de melhoria contínua.

Classificação dos indicadores:

Estratégico: avalia o efeito da estratégia nas partes interessadas e nas causas destes efeitos, refletindo os objetivos e as ações que permitem a organização como um todo, informar o "quanto" se encontra na direção da consecução de sua visão.

Gerência: avalia a contribuição dos processos e estratégia para avaliar se estes buscam a melhoria contínua de forma equilibrada.

Operacional: avalia se os processos, tarefas e rotinas individuais estão sujeitos à melhoria contínua e busca de excelência.

Gestão de Protocolos

Protocolos assistenciais são tecnologias que fazem parte da organização do trabalho na área da saúde e se constituem em um importante instrumento de gerenciamento, a adoção dos protocolos para o cuidado é pertinente e dá suporte para organizar e gerenciar o trabalho de uma Instituição.

Os protocolos são utilizados para organizar o serviço, otimizar o trabalho e padronizar condutas, incorporando-as à prática assistencial e arranjando-se a partir dos recursos disponíveis; a não utilização das normativas pode levar à carência de padronização das ações e diversidade nas formas de fazer, culminando em equívocos na

realização dos atos assistenciais. A Gestão da Qualidade definirá os responsáveis pelo monitoramento e gerenciamento de protocolos.

Manual de indicadores

Trata-se de uma padronização dos indicadores acompanhados e formas de calcular tais. O Manual de Indicadores mostra de maneira facilitada o conjunto de Fichas Técnicas de Indicadores.

Gestão a vista

É a demonstração visual da Gestão por Indicadores, demonstrando através de gráficos a evolução da Gestão.

Comissões

As Comissões, obrigatórias ou não, são grandes fontes de **melhorias nos processos** assistenciais e na garantia de **sustentabilidade institucional.** São constituídas pela portaria de nomeação, regimento interno, modelo de ata, existência e análise crítica de indicadores (do tema da comissão e do seu próprio desempenho) e do cronograma anual de reuniões, deve existir uma constante integração com a alta direção, com outras comissões, com o Núcleo de Segurança do Paciente e com as áreas envolvidas, assistenciais ou não.

Auditorias

✓ **Auditoria Interna:**

Onde a auditoria é realizada pela Gestão da Qualidade, com o objetivo de determinar se as processos/atividades estão de acordo com os requisitos estabelecidos, ou seja, realizar uma avaliação do seu próprio sistema de gerenciamento da qualidade.

✓ **Auditoria Externa:**

Realizada por outra organização, que não está sob o controle operacional direto, tais como Órgãos Reguladores e/ou Instituições Acreditadoras. A auditora externa também se relaciona com auditorias da Instituição em unidades prestadoras de serviços ou fornecedores terceirizados.

Relação com Serviços Terceirizados

A responsabilidade sobre análise, seleção e monitoramento dos contratos pertence ao gestor da área. Quem realiza análise crítica de todos os contratos com interface é a gestão administrativa;

Programa de Acreditação

Disseminar os padrões e itens de orientação das seções e subseções do manual da acreditação, capacitando líderes e gestores;

Organizar a avaliação do grau de conformidade das áreas aos padrões e itens de orientação;

Apoiar e monitorar os itens em não conformidades;

Realizar o acompanhamento dos planos de ações gerados das não conformidades apontadas na avaliação externa da Instituição Acreditadora Credenciada – IAC.

Diretrizes da política

As diretrizes da política são apresentadas para os profissionais por meio de:

Treinamentos sistemáticos: A cada Política ou procedimento novo estabelecido.

Reuniões com a alta liderança: Apresentação mensal do Painel de Indicadores da Qualidade e Segurança do Paciente.

Comitês institucionais: Participação efetiva no CCIrAS e NSP levando as atuais diretrizes e modificações referente ao Manual de Indicadores e eventos em geral.

MONITORAMENTO

Relatórios mensais;

Gestão a vista.

SEGURANÇA DO PACIENTE

Tem como objetivo a qualificação do cuidado e disseminação da cultura de segurança, assegurando a melhoria contínua dos processos de cuidado e segurança do paciente, definindo as diretrizes de ações voltadas à redução do risco de dano no cuidado com a saúde.

DESCRIÇÃO PARA DIRETRIZES INSTITUCIONAIS

CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO: com o objetivo de garantir que a informação sobre o cuidado a ser prestado chegue até o paciente e/ou responsável, a explicação médica sobre tal, com posterior ciência do paciente no termo adequado é obrigatória. A decisão do paciente ou de seu responsável legal sobre seu tratamento e terapêutica deve ser respeitada, salvo casos excludentes descritos no Código de Ética Médica.

Indicações para aplicação de Termo de Consentimento: O consentimento informado deve ser aplicado no ato da internação, antes da realização de qualquer procedimento com potencial para causar algum dano ou agravo à saúde, ou apresentar efeitos indesejáveis durante ou após o procedimento, sendo o risco estabelecido pelo médico executor do procedimento.

Nos casos de emergência, em que existe impossibilidade do paciente consentir o procedimento, é imprescindível que um familiar/responsável seja localizado para a obtenção do mesmo. Não havendo sucesso nesse contato e havendo a restrição do tempo para a tomada de decisão, o médico executor deverá registar essa condição no prontuário eletrônico do paciente e no impresso de consentimento institucional (nas emergências com risco de morte iminente ou de dano permanente e incapacitante, o consentimento é considerado presumido).

CUIDADOS CENTRADOS NO PACIENTE

O cuidado centrado no paciente prevê que profissionais de saúde devem trabalhar colaborativamente com o paciente, construindo um tratamento que esteja adaptado às suas necessidades e perspectivas individuais.

Isso deve ser feito com dignidade, compaixão e respeito. O conceito foi desenvolvido no início da década de 1980, ainda podendo ser considerado um método novo, e aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena.

A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado, portanto, se for da vontade do paciente, devem ser envolvidos na construção desse cuidado. O Cuidado Centrado no Paciente é uma prática em que o paciente (e seus familiares) participam das decisões que envolvem sua saúde.

Assim, o atendimento profissional passa a ser personalizado de acordo com as vontades e demandas individuais. Este movimento universal, que implica na valorização do papel do paciente no cuidado, tem sido amplamente debatido em estudos, e o Instituto of Medicine definiu 8 princípios desta prática, a qual incorporaremos em nossas atividades:

Respeito pelos valores, preferências e necessidades dos pacientes: reconhecer cada paciente como único e seguir um plano que atenda às suas especificidades.

Coordenação e integração do cuidado: a fim de reduzir o sentimento de vulnerabilidade dos enfermos.

Informação e educação: aprimorar o conhecimento dos pacientes sobre suas condições e tratamentos possíveis.

Conforto físico: para melhorar a experiência do paciente.

Auxílio emocional e alívio do medo e ansiedade: para empoderar o paciente.

Envolvimento de familiares e amigos: pois eles têm papel fundamental na experiência do paciente.

Continuidade e transição: oferecer às pacientes condições para que façam parte do fluxo do cuidado.

Acesso ao cuidado: facilitar as interações para fazer com que os pacientes possam acessá-lo quando necessário.

A implementação dessas práticas na instituição fará que o paciente tenha papel ativo nas decisões, trabalhando em parceria com os profissionais da saúde para definir o melhor tratamento de saúde disponível.

Proposta de Gerenciamento de Riscos, Sistemática de Notificação, Tratativas de Incidentes e Eventos Adversos e divulgação dos Incidentes relacionados a Segurança do Paciente:

Gerenciamento de Riscos: o gerenciamento de riscos na instituição tem a finalidade de implantar ações preventivas, corretivas e contingenciais para garantir eficácia e eficiência operacional, de modo a oferecer um serviço de saúde com qualidade e segurança ao paciente. Consiste na aplicação sistêmica e continua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e incidentes que afetem a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Identificação de Riscos: estabelece-se a identificação do risco de duas maneiras:

• Proativa: por meio de busca ativa de riscos através dos seguintes métodos: auditorias internas/externas, mapeamento de processos e riscos com acompanhamento, além da identificação de potenciais modos de falha pelas áreas da Gestão da Qualidade, SESMT e SCIRAS.

• Reativa: por meio de notificações anônimas via instrumento manual, compartilhado com as áreas de interesse.

• Notificação de Incidentes: a notificação de incidentes acontece de forma interna e externa:

• Interna: através de link de sistema informatizado (Sistema Interact) disponibilizado e amplamente divulgado para a comunidade conforme fluxo institucional estabelecido (o formulário de notificações manual continua disponível para contingência para queda do sistema).

• Externa: são as notificações recebidas de outras instituições, órgãos reguladores e de secretarias municipais e estaduais de saúde.

• O estímulo à notificação é constante por parte da CQSP e aqueles relacionados à assistência ao paciente deverão ser registados em instrumento de transição de cuidados, Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e passagem de plantão.

• Análise das Notificações: os incidentes notificados são classificados conforme a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP) da OMS. Considera-se:

• Incidentes: são eventos ou circunstâncias que poderiam resultar, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente. Há 3 grupos de incidentes:

• Circunstância de Risco: é uma situação em que houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu um incidente;

• "Near miss ou Quase - erro": incidente que não atinge o paciente; incidente sem dano: um evento que ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano;

• Incidente com dano = EVENTO ADVERSO: incidente que resulta em dano para um paciente (danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base),

• Never events: É um termo em inglês, para designar eventos muito específicos relacionados à segurança do paciente que, quando ocorrem, podem resultar em dano grave ou morte do paciente, em suma são entendidos como "eventos que nunca deveriam acontecer".

• Todos os incidentes com danos serão classificados pelo grau de dano, isto é, o grau de comprometimento do estado de saúde do paciente ocasionado pelo incidente. Para nortear a decisão, segue a compreensão sobre cada um dos graus:

Tabela 1 - Graus de Dano dos incidentes

NENHUM	Nenhum sintoma, ou nenhum sintoma detectado e não foi necessário nenhum tratamento.
LEVE	Sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados, mas com duração rápida, e apenas intervenções mínimas sendo necessárias (ex.: observação extra, investigação, revisão de tratamento, tratamento leve)
MODERADO	Paciente sintomático, com necessidade de intervenção (ex.: procedimento terapêutico adicional, tratamento adicional), com aumento do tempo de internação, com dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.
GRAVE	Paciente sintomático, necessidade de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.
ÓBITO	Dentro das probabilidades, em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte.

Tabela 2 – Grau de Dano conforme o grupo de Incidentes

CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	Nenhum
"QUASE-ERRO"	Nenhum
INCIDENTE SEM DANO	Nenhum
INCIDENTE COM DANO = EVENTO ADVERSO	Leve
	Moderado
	Grave
	Óbito
NEVER EVENTS	Leve
	Moderado
	Grave
	Óbito

2.1.14 - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina Do Trabalho

LOGO	**PPROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

A Norma Regulamentadora nº 4 – Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT prevê em seu item 4.1 que as empresas devem, obrigatoriamente, manter o SESMT 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 e 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 ou doenças ocupacionais.

As diretrizes para as ações de conscientização e treinamentos serão definidas nas reuniões do SESMT.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, o SESMT, 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 SESMT poderá encaminhar a matéria ao diretor-presidente da organização social, expondo suas razões.

ORIGEM

As responsabilidades sociais da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa em relação a Segurança do Trabalho será de alta relevância. O compromisso com os colaboradores e pacientes será uma questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, o SESMT desempenhará um papel de suma importância, promovendo a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos colaboradores agindo na prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais.

MEMBROS

O SESMT da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa será composto por 01 Técnico de Segurança do Trabalho.

Segundo a NR-4 no item 4.12. Compete aos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho:

Aplicar os conhecimentos de Engenharia de Segurança e de Medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes a saúde do trabalhador;

Determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e esse persistir, mesmo reduzido à 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;

Colaborar, quando solicitado nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa;

Responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR's aplicáveis as atividades executadas pela empresa ou seus estabelecimentos;

Manter permanente relacionamento com a CIPA valendo-se o máximo de suas observações além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la;

Promover atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho, Assédio e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;

Esclarecer e conscientizar os empregados sobre acidente de trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;

Analisar e registrar em documento especifico todos os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais descrevendo a história e as caracteristicas do acidente ou doença ocupacional;

Registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade.

ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO:

I. Orientar e coordenar o sistema de segurança do trabalho, investigando riscos e causas de acidentes, analisando politica de prevenção;

II. Inspecionar locais, instalações e equipamentos da instituição e determinar fatores de riscos e de acidentes;

III. Propor normas e dispositivos de segurança, sugerindo eventuais modificações nos equipamentos e instalações e verificando sua observância, para prevenir acidentes;

IV. Inspecionar os sistemas de combate a incêndio e demais equipamentos de proteção;

V. Elaborar relatórios de inspeções qualitativas e quantitativas, conforme o caso;

VI. Registrar em documento próprio ocorrência de acidente de trabalho;

VII. Manter contato junto aos serviços médico e social da instituição para o atendimento necessário aos acidentados;

VIII. Investigar acidentes ocorridos, examinar as condições, identificar suas causas e propor as providências cabíveis;

IX. Elaborar relatórios técnicos, periciais e de estatísticas de acidentes;

X. Orientar os servidores da instituição no que se refere a observância das normas de segurança;

XI. Promover e ministrar treinamentos sobre segurança e qualidade de vida no trabalho;

XII. Promover campanhas e coordenar publicação de material educativo sobre segurança e medicina do trabalho;

XIII. Participar de programa de treinamentos;

XIV. Participar de reuniões de trabalho relativas à sua área de atuação;

XV. Executar tarefas pertinentes a área de atuação, utilizando-se de equipamento de medição e de programas de informática;

XVI. Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.

MECANISMO DE CONTROLE

O SESMT da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

FINALIDADE DO SESMT

É proteger os colaboradores e pacientes da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa promovendo a saúde e integridade física e reduzindo acidentes ou doenças ocupacionais, ou até mesmo eliminar os riscos existentes á saúde e segurança dos trabalhadores.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões

extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularidades verificadas na implantação, análises e ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Médica, que irá auxiliar nas questões sobre sua competência.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Diretorias da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

LOGO	**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer o SESMT junto à administração e aos colaboradores da unidade.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º. O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, tem por finalidade proteger o funcionário em seu local de atuação, promovendo a saúde e integridade física e reduzindo acidentes ou doenças ocupacionais, vinculado a NR 4.

Artigo 3. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho terá composição conforme dispõe o dimensionamento da NR4, na forma que segue:

Representante da Diretoria Médica;

Representante da Gerência Administrativa;

Engenheiro de Segurança do Trabalho;

Médico do Trabalho;

Enfermeiro do Trabalho;

Auxiliar de Enfermagem do Trabalho;

Técnico de Segurança do Trabalho.

Parágrafo Único: Entre os membros deverá estar o responsável pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, obrigatoriamente.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º. É competência do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa 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:

Aplicar os conhecimentos de Engenharia de Segurança e de Medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes a saúde do trabalhador.

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.

Colaborar, quando solicitado nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa.

Responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR's aplicáveis as atividades executadas pela empresa ou seus estabelecimentos. e) manter permanente relacionamento com a CIPA valendo-se o máximo de suas observações além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la.

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.

Esclarecer e conscientizar os empregados sobre acidente de trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção.

Analisar e registrar em documento específico todos os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais descrevendo a história e as características do acidente ou doença ocupacional.

Registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade.

Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

Artigo 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

Artigo 7º. O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e

em Medicina do Trabalho da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade da Policlínica, com infraestrutura básica para seu funcionamento.

Artigo 8º. As reuniões do Serviço Especializado em Engenharia de 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.

Artigo 9º. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 10º. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Médica para os encaminhamentos necessários.

Artigo 11º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Médica.

Artigo 12º. Todos os membros serão nomeados pela Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho.

Artigo 13º. As decisões do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 14º. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 15º. As reuniões do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Diretorias da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, contendo: data e hora dela, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 16º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 17º. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 18º. Nenhum membro do Serviço Especializado em Engenharia de 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 dele, e em situações não padronizadas pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 19º. São atribuições do presidente do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, além das outras instituídas neste regimento:

Encaminhar a pauta da reunião para o secretário da Comissão fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedências das reuniões ordinárias;

Presidir as reuniões;

Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da instituição, ou indicar seu representante;

Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, normatizar as rotinas de fiscalização e acompanhamentos das boas práticas da segurança do trabalho, previamente aprovados pelos membros desta;

Coordenar a elaboração do Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR da instituição adequando-os às formas de lei específica;

Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança do trabalho dos colaboradores, supervisionando o cumprimento destas;

Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade para avaliação das atividades implementadas;

Divulgar aos colaboradores o Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR e promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação

dos colaboradores agindo na prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais. Este trabalho pode ser feito, tanto por meio de campanhas internas, quanto por meio de programas permanentes;

Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle públicos e outros ligados ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho com anuência da presidência da comissão de forma acordada com a Reitoria;

Estabelecer um programa de atividades e metas para o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho definindo prazos a serem cumpridos;

Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR;

Fazer cumprir o regimento interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa;

Nas decisões do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

Indicar seu vice-presidente/coordenador.

Artigo 20º. Ao vice-presidente Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, além das outras instituídas neste regimento, é atribuído:

Assumir as atividades do presidente na sua ausência, presidindo as reuniões, coordenando os debates;

Executar atribuições que lhe forem delegadas;

Zelar pelo sigilo ético das informações e cumprimento do regimento interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Artigo 21º. São atribuições do Presidente e do Vice-Presidente, em conjunto:

Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

Delegar atribuições aos membros da Comissão;

Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Artigo 22º. São atribuições da Secretaria do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho:

Receber e protocolar os processos e expedientes;

Lavrar a ata das sessões/reuniões;

Convocar os membros Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho para as reuniões determinadas pelo presidente;

Organizar e manter o arquivo do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho;

Preparar a correspondência;

Solicitar ao demais setores e/ou comissões documentação necessária à avaliação, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Artigo 23º. São atribuições de todos os membros do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho:

Participar de todas as reuniões convocadas e em caso de situações que inviabilizem sua participação realizar por escrito a justificativa para a falta;

Desenvolver e participar ativamente das atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes;

Ser um agente ativo nos que se refere aos assuntos de educação e prevenção de acidentes do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho na unidade a qual representa e em toda unidade da Policlínica Estadual da Região

do Entorno - Formosa;

Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas ser entregues à secretaria do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 24º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e, em conjunto com a Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Artigo 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 ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Médica.

Artigo 26º. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

MÊS	ATIVIDADES
M1, M2 e M3	Criar o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, através de Resolução do Diretor Médico.
	Elaboração do Plano de implantação da Brigada de incêndio e verificação do sistema geral de incêndio da unidade.
	Processo da nova gestão da CIPA.
	Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês.

M4 e M5	Aprovação e ou correções pertinentes do Plano de implantação da Brigada de incêndio e verificação do sistema geral de incêndio elaborado.
	Elaboração do Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR da unidade.
	Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês.
	Fixar possíveis datas para as reuniões.
	Enviar para aprovação pela Diretoria Médica.
M6	Aprovação e ou correções pertinentes do Plano de implantação da Brigada de incêndio e verificação do sistema geral de incêndio elaborado.
	Discussão de medidas educativas;
M7	Discorrer sobre a eficácia da implantação dos planos e programas;
	Discussão de medidas educativas;
M8 e M9	Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês.
	Discussão de medidas educativas;
M10	Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês.
	Discussão de medidas educativas;
M12	Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês.
	Discussão de medidas educativas;

2.1.15 – Outras Comissões: Comissão De Engenharia Clínica e Manutenção Predial

LOGO	**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA E MANUTENÇÃO PREDIAL**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

COMISSÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA E MANUTENÇÃO PREDIAL

CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial, é constituída com o intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas dos Setor de Engenharia Clínica e Manutenção Predial, tendo como foco principal a possibilidade de implementar a política de gestão tecnológica e de assessorar a ampliação e qualificação, incorporação e uso das novas tecnologias no parque tecnológico e estrutura física da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

A Engenharia Clínica e a Manutenção Predial são áreas de extrema importância para uma unidade de saúde, pois devem garantir a continuidade operacional com o mínimo de falhas e interrupções, resguardando a segurança de seus usuários. Elas são definidas como "o conjunto de atividades e recursos aplicados aos sistemas, equipamentos e estrutura física, visando garantir a continuidade de sua função dentro de parâmetros de disponibilidade, de qualidade, de prazo, de custos e de vida útil adequados".

A Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Médico da unidade e será norteada por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

Atuação da Comissão é técnico-científica-educativa, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

As diretrizes para as ações educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

ORIGEM

A responsabilidade da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa em relação as Boas Práticas de Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos e Predial norteia o compromisso com a conservação e recuperação da capacidade funcional dos equipamentos, edificação e suas partes constituintes, de forma que atendam às necessidades e garantam a segurança de seus usuários.

Tais serviços envolvem os processos de identificação, solicitação de serviços, elaboração de projetos, orçamentos, laudos técnicos e a contratação desses serviços ou obras por parte dos departamentos da unidade de saúde. Os serviços de conservação e manutenção correspondem às atividades de inspeção, limpeza e reparos dos componentes, além de sistemas da edificação, sendo executados em obediência a um plano ou programa de manutenção, baseado em rotinas e procedimentos periodicamente aplicados aos componentes da edificação, questão fundamental dentro deste contexto e, para isso, a Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial desempenhará um papel importante.

MEMBROS

A Comissão será composta por membros do quadro funcional da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Médica sendo norteada pelo Regimento Interno da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção.

A Comissão será composta por membros do quadro funcional da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Médica será norteada pelo Regimento Interno da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial.

A Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial deve ser constituída, de preferência, pelos seguintes membros:

Representante da Engenharia Clínica;

Representante da Manutenção Predial;

Representante do Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho;

Representante da Divisão de Enfermagem;

Representante do Departamento de Higienização e Conservação;

Representante do serviço de Enfermagem (SCIH);

Representante da Supervisão Administrativa.

MECANISMO DE CONTROLE

A Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, fará proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A duração do mandato da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção predial será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido deles ou da Diretoria Médica. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Médica para aprovação e alteração da Portaria de Nomeação. Ao término do mandato, a Direção Médica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

FINALIDADE DA COMISSÃO

As ações da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial, com a evolução da complexidade dos métodos e dos equipamentos em ambulatório e unidades de saúde, cada vez mais se necessita, nestes locais, de métodos de manutenção e instalações que atendam às exigências técnicas e que não venham a causar riscos às pessoas envolvidas nos procedimentos assistenciais e de apoio.

Tal proteção, que abrange quem assiste e quem é assistido (colaboradores e pacientes), é obtida através do enquadramento das instalações prediais às normas pertinentes, do correto planejamento das manutenções e por meio da elaboração de procedimentos padronizados, normatizando fluxos, sistemas de segurança, e demais cuidados necessários para o perfeito funcionamento dos equipamentos médicos e da estrutura Ambulatorial.

Através da avaliação das atividades, verificação da correta execução dos serviços, entre outros, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem a atingir a qualidade.

PRINCÍPIOS DE DESENHOS CONSTITUCIONAL

A Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial deverá reunir-se bimestralmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

As deliberações da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial, visando à correção, reparação ou prevenção de distorções e irregularidades verificadas na implantação, análises e ações educativas ou fiscalizatórias, devem ser encaminhadas primeiramente à Diretoria Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, que irá auxiliar nas questões sobre sua competência.

Para cada reunião realizada se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Diretoria da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

LOGO	**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA E MANUTENÇÃO PREDIAL**	Código: XXX-XXX XXX-XX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA E MANUTENÇÃO PREDIAL

CAPÍTULO I - OBJETIVOS

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial, estabelecer condições mínimas de desenvolver serviços de qualidade para o ambiente Ambulatorial e ter renome com relação ao gerenciamento e manutenção de tecnologia médico-Ambulatorial, junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - FINALIDADES

Artigo 2º - A Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação, manutenção,

gestão das tecnologias utilizadas nas atividades produtivas de procedimentos ligados à assistência ao paciente, estabelecendo as estratégias de gestão da vida útil dessas tecnologias incorporadas através de rotinas de manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos médicos e das instalações físicas da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, de acordo com as normas vigentes.

Artigo 3º - É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Artigo 4º - A Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

Representante da Engenharia Clínica;

Representante da Manutenção Predial;

Representante do Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho;

Representante da Divisão de Enfermagem;

Representante do Departamento de Higienização e Conservação;

Representante do serviço de Enfermagem (SCIH);

Representante da Supervisão Administrativa.

Parágrafo único. Entre os membros deverá estar o responsável pelo Serviço de Engenharia Clínica e Manutenção Predial, obrigatoriamente.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º - É competência da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores da Policlínica, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais, e através destas:

Elaborar Manual de Padronização: Normas, Rotinas e Procedimentos;

Realizar avaliação técnica dos fornecedores para contratação de serviços terceirizados;

Especificação, recebimento, instalação, operação e desativação de equipamentos;

Gerenciamento da conservação da estrutura física predial, mobiliário e equipamentos;

Gerenciamento da potabilidade da água e reservatórios de acordo com as normas técnicas;

Gerenciamento da operação e controle dos equipamentos de infraestrutura: elevadores, aquecedores de água, geradores de energia, monta-cargas, entre outros;

Gerenciamento da operação e controle dos sistemas de: água, energia elétrica, gases, vapor, efluentes líquidos, SPDA, climatização, combate a incêndios/alerta e emergência, telefonia e rede lógica;

Gerenciamento da manutenção corretiva e preventiva dos Sistemas e equipamentos;

Elaboração dos Planos de Contingência e o do Plano Direto;

Elaborar e colocar em prática o Plano de Manutenção Preventiva Predial e de Equipamentos;

Elaborar e executar o Plano de Manutenção Predial e de Equipamentos que deverá considerar a aplicação das tecnologias que privilegiem, além de seu desempenho técnico, a segurança do paciente e os profissionais que atuam na unidade de saúde;

Auxiliar e/ou executar atividades propostas nos planos de ação da Comissão, assim como registrar e encaminhar ao secretário ou presidente da comissão as evidências de cumprimento das ações.

Após aprovação da ata e definição de plano de ação, imputar ou designar ao secretário a imputação do plano de ação junto com ata de reunião.

Executar, definir responsabilidades e monitorar o cumprimento das ações propostas nos planos de ação da Comissão, assim como verificar cumprimento dos prazos, as evidências de cumprimento das ações a serem anexadas no sistema.

Artigo 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

Artigo 7º- A Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade Ambulatorial, com infraestrutura básica para seu funcionamento.

Artigo 8º - As reuniões da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial serão realizadas bimestralmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 9º - As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Artigo 10º - As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Médica para os encaminhamentos necessários.

Artigo 11º - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Médica.

Artigo 12º - Todos os membros serão nomeados pela Diretoria Médica do Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial.

Artigo 13º - As decisões da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 14º - Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 15º - As reuniões da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e diretoria da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, contendo: data e hora dela, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 16º - O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Artigo 17º - Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 18º - Nenhum membro da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial, 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 pela Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial.

Artigo 19. A duração do mandato da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período em caso de desligamento das funções na unidade, a pedido deles ou da Diretoria Médica. Ao término do mandato, a Direção Médica poderá renovar os membros da Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 20º - São atribuições do presidente da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial, 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 antecedências das reuniões ordinárias;

II. Presidir as reuniões;

III. Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da instituição, ou indicar seu representante;

IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, normatizar as rotinas, previamente aprovados pelos membros desta;

V. Coordenar a elaboração do Plano de Manutenção de Equipamentos e Predial da Instituição adequando-os às formas de lei específica;

Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação de equipamentos, supervisionando o cumprimento destas;

I. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade para avaliação das atividades implementadas;

II. Orientar os colaboradores em relação a utilização da estrutura física e mobiliário;

III. Divulgar aos colaboradores o Plano de Manutenções Preventivas e manter uma rotina de educação e orientação quanto a utilização da estrutura física e equipamentos médicos da Unidade, por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes etc.

IV. Representar a Instituição junto a institutos, órgãos de controle públicos e outros ligados ao gerenciamento de Engenharia e Manutenção com anuência da presidência da comissão de forma acordada com a Reitoria;

V. Estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento da Manutenção definindo prazos a serem cumpridos;

VI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Manutenção de Equipamentos e Predial.

VII. Fazer cumprir o regimento interno da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa;

VIII. Nas decisões da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

IX. Indicar seu vice-presidente/coordenador.

Artigo 21º - Ao vice-presidente da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial, além das 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 da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial do Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa

Artigo 22º – São atribuições do Presidente e do 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.

Artigo 23º - São atribuições da Secretaria da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial:

I. Receber e protocolar os processos e expedientes;

II. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III. Convocar os membros da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial para as reuniões determinadas pelo presidente;

IV. Organizar e manter o arquivo da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial Preparar a correspondência;

V. Solicitar ao demais setores e/ou comissões documentação necessária a avaliação, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Artigo 24º - São atribuições de todos os membros da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial:

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 nos que se refere aos assuntos de educação e orientação da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial na unidade a qual representa e em toda unidade Ambulatorial;

IV. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 25º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial, em conjunto com a Diretoria Médica Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa

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 Médica.

Artigo 27º - Todos os membros deverão assinar a Portaria de Nomeação, onde firmam o **compromisso** assumindo a responsabilidade descrita neste Regimento, como membro desta Comissão.

Artigo 28º - O presente Regimento Interno entra em vigor após a provação dos membros da Comissão e do Diretor Médico, revogadas as disposições em contrário.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL DA COMISSÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA E MANUTENÇÃO PREDIAL

MÊS	ATIVIDADES

M1	Elaboração regimento interno da Comissão, redefinição da duração do tempo de mandato da comissão e inclusão das atividades dos membros da comissão.
	Reunião ordinária Bimestral da Comissão, desenvolver Plano de Manutenção Preventiva predial, registrar em ata e inclusão das atividades da comissão.
	Elaborar de relatório, encaminhamento para Diretoria Médica e posteriormente a Gestão da Qualidade.
M2	Reunião ordinária da Comissão, desenvolver Plano de Manutenção Preventiva predial, registrar em ata e inclusão das atividades da comissão.
	Elaboração do relatório, encaminhamento para Diretoria Médica e posteriormente a Gestão da Qualidade.
M3	Reunião ordinária da Comissão, desenvolver Plano de Manutenção Preventiva predial, registrar em ata e inclusão das atividades da comissão.
	Elaboração do relatório, encaminhamento para Diretoria Médica e posteriormente a Gestão da Qualidade.
M5	Reunião ordinária da Comissão, desenvolver Plano de Manutenção Preventiva predial, registrar em ata e inclusão das atividades da comissão.
	Elaboração do relatório, encaminhamento para Diretoria Médica e posteriormente a Gestão da Qualidade.
M7	Reunião ordinária da Comissão, desenvolver Plano de Manutenção Preventiva predial, registrar em ata e inclusão das atividades da comissão.
	Elaboração do relatório, encaminhamento para Diretoria Médica e posteriormente a Gestão da Qualidade.
M9	Reunião ordinária da Comissão, desenvolver Plano de Manutenção Preventiva predial, registrar em ata e inclusão das atividades da comissão.

	Elaboração do relatório, encaminhamento para Diretoria Médica e posteriormente a Gestão da Qualidade.
M11	Reunião ordinária da Comissão, desenvolver Plano de Manutenção Preventiva predial, registrar em ata e inclusão das atividades da comissão.
	Elaboração do relatório, encaminhamento para Diretoria Médica e posteriormente a Gestão da Qualidade.
M12	Elaborar Cronograma para o ano de 2025.

2.2 – Qualidade Subjetiva

2.2.1 - Acolhimento

2.2.1.1 - Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na policlínica

Baseado no contexto da Política Nacional de Humanização (PNH), será desenvolvido na Policlínica Estadual da Região Entorno- Formosa um manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes fundamentada nas seis diretrizes centrais da PNH a fim de orientar as ações de todas as equipes que atuarão na unidade.

Desenvolveremos ações que possibilitem que o modelo de atenção biopsicossocial seja implementado contribuindo para construção de uma saúde desvinculada do modelo biomédico. Isto será possível com a construção de uma rede interna de atendimento onde o foco será o atendimento aos aspectos físico, mental e social favorecendo a promoção da saúde. Para isto contamos com profissionais de diversas áreas interagindo entre si e compartilhando o conhecimento.

São diretrizes da PNH:

Acolhimento

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

A policlínica terá equipe exclusiva para este fim, porém o acolhimento vai muito além de pessoas escolhidas para a função. Todos os profissionais da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa estarão capacitados e prontos para

acolher.

Gestão Participativa e Cogestão

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

A organização e experimentação de rodas é uma importante orientação da cogestão. Rodas para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde.

Colegiados gestores, Mesas de negociação, Contratos Internos de Gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde.

Ambiência

Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.

A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.

Clínica ampliada e compartilhada

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

Valorização do Trabalhador

É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que gera sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.

Defesa dos Direitos dos Usuários

Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

A PNH não assume os dispositivos como um fim, mas como agenciamentos que colocam os sujeitos em novas relações mais horizontais, mais democráticas, e coprodutoras de maior eficácia das práticas de saúde - mais potentes, desta forma, para a produção de saúde.

Seguindo as recomendações da PNH, o modelo de gestão da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa se dá através da implantação de equipes de trabalhos que são constituídas de profissionais adequados para o atendimento ambulatorial, organizados e capacitados para tal. Dessa maneira, a equipe deve:

Atuar de acordo com comportamento e linguagem para o acolhimento;

Oferecer informações sobre a Instituição e a Rede SUS;

Oferecer orientações e encaminhamentos específicos de cada área;

Abrir espaço de fala aos pacientes e acompanhantes estimulando a interação.

Além disso, para realizar o acolhimento dos pacientes executando o referenciamento seguro daqueles que apresentam queixas clínicas de menor gravidade para as unidades da Rede de Atenção Básica ou acolhendo os pacientes de maior gravidade durante todas as etapas do atendimento, o IMED deve realizar na unidade as seguintes ações:

Formas de notificação dos pacientes

A Policlínica irá trabalhar de forma ordenada e Regulada pelo sistema de Regulação Estadual. A disponibilização das vagas será realizada com antecedência ao Complexo Regulador para que este tenha tempo hábil de disponibilizar aos Municípios.

A gestão IMED buscará meios para implantar sistema de notificação adequado considerando as particularidades de cada Município.

Disponibilizaremos meios para que os usuários tenham acesso as datas de agendamento, bem como, proporcionando condições para que as pessoas do mesmo Município recebam atendimento em dias específicos facilitando o transporte.

O serviço do Núcleo interno de agendamento e assistência social estará em constante contato com os usuários, Municípios e SES com intuito de atender de forma adequada as necessidades e particularidades encontradas.

Recepção do paciente e acompanhante na unidade

Será realizada por colaboradores das equipes de Portaria, "Posso Ajudar" e Recepção. Os colaboradores da Portaria e "Posso Ajudar" têm a função de receber os pacientes, orientá-los sobre suas dúvidas e encaminhá-los à Recepção, onde irão realizar um cadastro de entrada, receberão uma senha e serão encaminhados para os setores onde serão atendidos.

O paciente poderá estar com acompanhante respeitando a

privacidade deste em caso de atendimentos específicos.

Será proporcionado ambiente adequado para espera onde será desenvolvido atividades educativas e recreativas.

Apoio Comunicacional

Essa ação será realizada composta por colaboradores administrativos da equipe do "Posso Ajudar" e atuará:

- Orientando ou acompanhando pacientes nos locais de atendimento, espera e realização de exames/procedimentos;
- Facilitando a comunicação dos pacientes e acompanhantes com a equipe de saúde, buscando respostas para suas dúvidas junto aos profissionais do serviço;
- Auxiliando na manutenção da organização dos processos de trabalho dentro da unidade.

Atendimento assistencial

Será realizado pelos profissionais médicos, enfermeiros e demais membros da equipe multiprofissional. Depois de realizado o atendimento, o médico ou profissional da equipe multiprofissional dará prosseguimento nas condutas de acolhimento encaminhando o paciente para atendimento social, se necessário, ou instruindo sua saída da unidade para que possa voltar para casa.

Apoio social e atendimento psicossocial

Será realizado pelo profissional assistente social e psicólogo eles estarão disponíveis para atender as demandas dos usuários e acompanhantes.

Estes profissionais terão sua rotina de trabalho atrelada a atividades desenvolvidas em grupo e sala de espera, além dos atendimentos individuais.

A assistência social terá foco em organizar temas globais como locomoção dos usuários e temas individuais como necessidade de alimentação e ausência de

recurso para ela.

O profissional psicólogo atuará com grupos, buscando amenizar o sofrimento de pacientes e familiares. Também realizará atendimentos familiares, oferecendo suporte no entendimento e enfrentamento do processo de adoecimento, além de promover a saúde individual e coletiva. Realizará atendimento individual tanto de pacientes quanto de familiares, contribuindo para o reestabelecimento da saúde e oferecendo suporte contínuo.

Podemos afirmar que os usuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa terão suas necessidades atendidas de maneira integral, com respeito e comprometimento, visando à resolução de situações tanto individuais quanto coletivas.

2.2.1.2 - Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica

Apresentação

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores conquistas do povo brasileiro. Criado para garantir o direito universal à saúde, o SUS representa um marco na história do Brasil, proporcionando acesso gratuito e integral aos serviços de saúde para toda a população. A Política Nacional de Humanização (PNH) surge da necessidade ética e política de constituir um movimento que resgate e valorize o SUS que funciona, promovendo um diálogo permanente entre servidores, usuários e gestores.

Segundo a Política Nacional de Humanização do SUS – Ministério da Saúde:

O **acolhimento** é definido como o "processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica a responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário".

O acolhimento é, antes de tudo, uma diretriz política e operacional do Sistema Único de Saúde. Além disso, é uma atitude em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e integralidade da atenção, de maneira ética.

O Acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética. Não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente no compartilhamento de saberes, angústias e melhores práticas. Quem acolhe toma para si a responsabilidade de "abrigar e agasalhar" outrem em suas demandas, com a resolubilidade necessária para o caso em questão. Entende-se por fim, que a recepção do usuário nos serviços de saúde desde a sua chegada, na qual os profissionais ouvem suas queixas, e permitem que expressem suas preocupações que o serviço se responsabiliza integralmente por ele, implica prestar um atendimento resolutivo e com responsabilidade, conforme os preceitos do SUS.

Em conformidade com os métodos e princípios estabelecidos pela Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, e sob a gestão do IMED, o acolhimento aos usuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa adotará o "método de tríplice

Inclusão" proposto pela própria PNH. Este método consiste em:

1. Inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) com o objetivo de promover autonomia, protagonismo e corresponsabilidade. Inicialmente, isso será realizado através do Serviço de Ouvidoria, com os seguintes objetivos: garantir os direitos dos usuários, valorizar o trabalho na saúde e promover a gestão participativa nos serviços, entre outros.

2. **Inclusão dos analisadores sociais**, ou mais especificamente, dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Inicialmente, isso será feito por meio de uma análise coletiva dos conflitos e dos dados de produção e qualidade, envolvendo os seguintes serviços: Serviço Social, Serviço de Psicologia, Serviço de Ouvidoria, Serviço de Atendimento ao Usuário, Recepção, Portaria, Qualidade e Segurança do Paciente, além de Comissões e Grupos voltados à participação e inclusão social, entre outros.

3. Inclusão do coletivo, seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança das percepções e dos afetos) dos trabalhadores de saúde em trabalho grupal. Inicialmente, isso será feito por meio do fomento de redes e rodas de conversas, disponibilização de carta de serviços ao usuário, exposição dos seus direitos e deveres no que tange ao funcionamento da unidade de saúde, entre outros.

Dessa maneira, se escolhido para realizar a gestão da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, o IMED irá implantar um modelo de Acolhimento, elaborado conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização, proporcionando ao usuário o conhecimento sobre seus direitos e deveres dentro da unidade de saúde.

Acolhimento na Policlínica Estadual da Região do Entorno Formosa

Como fazer?

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde, visando estimular e facilitar o contato entre a equipe de saúde, usuários e familiares, organizando e agilizando os atendimentos da Policlínica, assim como, protocolar os pedidos de documentos e dispor de mecanismos de consulta imediata aos arquivos e informações sobre o funcionamento da unidade.

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre

equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o Acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

Na Política Nacional de Humanização, define-se Acolhimento como um dispositivo de humanização das práticas de saúde. Nesse sentido do termo, propõe a criação de 'práticas de atenção' que têm como principais objetivos:

Constituir-se em equipes ou profissionais que recebem os pacientes que chegam aos serviços;
Realizar escuta qualificada das demandas desses pacientes, compreender sua importância e assim estabelecer uma possibilidade de comunicação efetiva entre pacientes e Instituição;
Oferecer respostas adequadas a tais demandas e aos recursos institucionais locais e da Rede SUS como um todo;
Produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar, de acordo a escuta qualitativa realizada pelos gestores e colaboradores da unidade;
Estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de atenção à saúde.

O Acolhimento exercido de forma ampla tem ainda como objetivo auxiliar na identificação dos pontos de conflito, escutando a demanda das famílias e dos pacientes, onde os profissionais deverão procurar minimizar a ansiedade causada pela doença e pela permanência na unidade. Cabe ressaltar que as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Na prática da gestão da Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa, o IMED irá implantar ações e serviços voltados ao Acolhimento dos usuários, conforme perfil desempenhado pela unidade, dentre estes podemos citar:

Constituição de equipes que recebam os pacientes como o Serviço de Atendimento ao Usuário - Equipe de "Posso Ajudar"

O colaborador deverá:

Receber os pacientes assim que chegam à Policlínica. Esses profissionais serão treinados para oferecer um atendimento

acolhedor e eficiente, garantindo que os pacientes se sintam bem-vindos e cuidados desde o primeiro contato;

Orientar e acompanhar pacientes e acompanhantes no fluxo de atendimento;

Orientar endereços e telefones de outros serviços de saúde;

Orientar pacientes e acompanhantes sobre tempo de espera para atendimento;

Acompanhar pacientes deambulantes em exames;

Capacitação de todos os profissionais na escuta qualificada das demandas dos pacientes.

Os profissionais serão capacitados para ouvir atentamente as queixas e preocupações dos pacientes, utilizando técnicas de escuta ativa. Isso envolve prestar atenção, mostrar empatia e compreender a importância das demandas apresentadas pelos pacientes.

Após ouvir as demandas dos pacientes, os profissionais deverão oferecer soluções e encaminhamentos adequados, utilizando os recursos disponíveis na Policlínica e na Rede SUS. Isso pode incluir agendamentos, orientações sobre tratamentos e encaminhamentos para outros serviços de saúde quando necessário;

A partir das informações coletadas durante a escuta qualificada, os gestores e colaboradores deverão analisar os processos de trabalho e implementar mudanças que melhorem a gestão e o cuidado oferecido aos pacientes. Isso pode incluir a revisão de protocolos, a implementação de novas práticas e a promoção de uma cultura de melhoria contínua

Serviço Social e Psicologia

O colaborador deverá:

Realizar atendimento ao usuário quando solicitado pelo profissional

médico ou da equipe multiprofissional;

Acolher o usuário e acompanhante (quando houver) com respeito e empatia;

Informar ao enfermeiro sobre a conduta adotada e realizar orientações de acordo com as necessidades do usuário;

Atuar de forma integrada buscando melhor resolutividade aos problemas dos usuários;

Registrar sua avaliação e conduta na ficha do usuário.

Articulação da rede interna e externa do serviço

A policlínica será local resolutivo dentro de seu nível de complexidade e possibilitara a referência e contrarreferência quando o atendimento não estiver em seu nível de atenção.

Todos os serviços internos serão interligados de maneira que o usuário possa otimizar seu tempo e atendimento. Quando usuário necessitar de mais de um serviço ofertado daremos preferência para marcação na mesma data e com horário adequados, isto diminuirá a vinda dos pacientes a unidade. Disponibilizaremos o acesso online a resultado de exames facilitando o acesso a estes.

A policlínica trabalhará de maneira a realizar agendamentos de forma ordenada onde os Municípios sejam ouvidos e o transporte dos pacientes seja facilitado.

Quando a resolução do problema não estiver disponível na policlínica este paciente será devidamente encaminhado a serviço que atenda seu nível de atenção, garantindo assim a continuidade do tratamento, para isto será utilizado os sistemas de regulação disponibilizados pela SES-GO.

Reflexos positivos do serviço voltados ao Acolhimento dos usuários da Policlínica:

Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;

Atendimento acolhedor e resolutivo baseado nas necessidades dos usuários;

Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Atendimento e Acolhimento Humanizado se propõe a abrir para a participação efetiva da comunidade. A construção desta relação da unidade de saúde com os usuários e comunidade irá fortalecer um dos principais pressupostos do SUS: o **Controle Social**. Ter os usuários tão perto e tão participantes, legitima e dá maior credibilidade ao serviço, ampliando a visibilidade das ações e a transparência das decisões. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

Diante desta perspectiva as rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças, serão ferramentas constantemente utilizadas nos serviços ofertados aos usuários da Policlínica. Por um lado, incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde com foco a qualidade e o Acolhimento aos usuários. Por outro, incluir a população que buscam os serviços da Policlínica nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

Estamos certos de que HUMANIZAR é um processo contínuo que tem relação direta com a mudança cultural. Desta forma todas as ações e práticas de humanização serão sempre reforçadas pela Direção/Gerência do IMED, por meio de cursos e oficinas de formação/intervenção e a partir da discussão dos processos de trabalho, voltados ao Acolhimento em todo o atendimento da população do entorno Goiano por meio da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa, conforme diretrizes e dispositivos expressos na Política Nacional de Humanização do SUS (PNH).

2.2.2 – Atendimento

2.2.2.1 - Proposta para implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário com realização periódica de Pesquisa de Satisfação do Usuário

Apresentação

A implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU é um passo crucial para garantir a qualidade e eficiência no atendimento aos usuários. O SAU atua como um canal direto de comunicação entre os usuários e a gestão da unidade de saúde, permitindo que as necessidades e preocupações dos usuários sejam ouvidas e atendidas de forma eficaz.

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) da Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa será implantado de forma interligada ao do serviço de ouvidoria do SUS da unidade, seguindo as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS. Os serviços atuarão de forma complementares e todos os atendimentos serão registrados no sistema oficial de ouvidoria do SUS.

O SAU terá atuação ativa e se manifestará por **meio do acolhimento, escuta quantitativa e qualitativa, totens de autoatendimento, e-mail e número de telefone exclusivo**. Os usuários do serviço terão diversas oportunidades para expressar suas percepções sobre o atendimento recebido.

Enquanto a ouvidoria terá um papel mais amplo de receber e encaminhar sugestões, reclamações e elogios, **o SAU focará diretamente no acolhimento e resolução imediata das questões apresentadas pelos usuários.**

Com a implantação do serviço, os gestores da unidade terão a oportunidade de resolver situações de forma pontual e imediata, além de revisar processos e traçar estratégias focadas na qualidade do atendimento prestado aos usuários da Policlínica.

Mensalmente será disponibilizado relatório das atividades desenvolvidas pelo SAU a Secretaria Estadual de Saúde, para garantir a transparência e a accountability do serviço, assim como, **anualmente** será realizado uma auditoria independente, para que ela ateste a confiabilidade dos dados da pesquisa de satisfação, os dados desta auditoria após copilados serão encaminhados a SES. Esses relatórios fornecerão uma visão

detalhada das demandas dos usuários, das ações tomadas e dos resultados alcançados, permitindo uma avaliação contínua e a implementação de melhorias necessárias.

O SAU contará com os serviços apresentados a seguir:

I. **Acolhimento:** Estarão dispostos nas recepções e em locais estratégicos da Policlínica os colaboradores com o colete "**Posso Ajudar**?" acolhendo, orientando e auxiliando os usuários e/ou visitantes no direcionamento aos diversos acessos e serviços da unidade (como marcação/realização de exames de laboratório, radiologia, ultrassonografia, tomografia, consultas médicas, entre outros) com o intuito de agilizar e qualificar o atendimento, para que assim os fluxos possam funcionar da maneira mais eficaz possível.



II. **Escuta quantitativa e qualitativa:** Diariamente os profissionais do SAU abordarão os pacientes que estiverem em atendimento nos diversos setores da Policlínica com o intuito de dispor o serviço as necessidades dos usuários. Será um serviço promotor de mudanças pela escuta qualificativa, e por meio da escuta quantitativa expressa em formulários de pesquisa de satisfação aplicados rotineiramente, possibilitando maior coleta de informações sobre os serviços prestados, identificação de possíveis falhas, dando oportunidade de resolução imediata, e posterior a tabulação e análise dos dados proporcionara a adequação dos processos de trabalho ou o fortalecimento de práticas já adotadas.

III. **Totens de autoatendimento:** Estes serão disponibilizados nos diversos setores da Unidade, a pesquisa será personalizada para o setor correspondente.

Utilizaremos totens com software de última geração para captação e análise de indicadores de atendimento. Ferramenta que será utilizado diretamente pelo usuário, e quando necessário poderá contar com o auxílio do colaborador "Posso Ajudar?".



Canais de atendimento telefônico e-mail: O serviço de atendimento telefônico e a possibilidade de registro por e-mail facilitará que os usuários ou interessados possam tirar dúvidas sobre o funcionamento da unidade, solicitar informações ou serviços prestados na Policlínica, tanto quanto para expressar sua percepção, possibilitando que mesmo após receber alta o paciente possa expressar sua opinião sobre o atendimento recebido.

Além de contar com o atendimento presencial dos agentes da ouvidoria na unidade, que estarão equipados com tablets para o registro de queixas e realização de busca ativa, os pacientes também terão à disposição um canal exclusivo de WhatsApp para atender suas principais necessidades: agendamento, exames, consultas, retornos, informações gerais e ouvidoria.

Durante a visita à unidade, o paciente receberá automaticamente uma mensagem de boas-vindas pelo WhatsApp, contendo informações sobre os serviços oferecidos e a orientação de que todo o atendimento é realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo completamente gratuito, tanto nos procedimentos quanto na medicação.

Será implementada a pesquisa de satisfação (NPS) por meio de inteligência artificial via WhatsApp, enviada a todos os pacientes admitidos na unidade. Com isso, os principais gestores poderão agir imediatamente em caso de avaliações insatisfatórias ou sugestões de melhoria.





Objetivos e atribuições do S.A.U

Dentre os principais objetivos e atribuições do serviço, salve guarda as diretrizes pré-estabelecidas pela SES, podemos citar:

Acolhimento, orientações e aplicação de pesquisa de satisfação dos usuários;

Garantir o direito à informação, orientando os usuários em relação aos serviços prestados na unidade;

Fortalecer a cidadania através da participação popular;

Assegurar ao usuário a análise de suas reivindicações;

Analisar quantitativamente e qualitativamente os dados coletados;

Participação ativa na elaboração de planos de ação para resolução das situações apresentadas pelos usuários;

Produzir e aperfeiçoar indicadores que expressem a qualidade do serviço prestado;

Servir de instrumento para a garantia da satisfação dos usuários quanto aos serviços da Policlínica, dentro das normas vigentes;

Participar no auxílio com os pertences dos pacientes e na identificação e devolução dos objetos achados e/ou perdidos na unidade, agregando valor a satisfação dos usuários.

Vantagens do serviço

O reflexo positivo da implantação do SAU se dará diretamente nas relações entre o usuário do serviço de saúde e os gestores da unidade, ponto que concretize um espaço promotor de mudanças voltadas a satisfação dos usuários da Policlínica.

Ao ser abordado pelo profissional "Posso Ajudar?" o usuário se sentirá mais acolhido e terá uma rápida resposta/resolução para a sua necessidade, podendo também deixar registrada com o colaborador a sua opinião voltado a percepção quanto a qualidade do serviço recebido na unidade de saúde por meio formulário físico disposto.

Ao poder utilizar o totem de autoatendimento o usuário poderá expressar sua percepção de forma espontânea. Diante deste contexto, podemos citar como principais vantagens do serviço que será implantado:

Melhoria no fluxo interno (diminuição de pessoas circulando desnecessariamente nas diversas áreas da unidade);

Maior agilidade do atendimento e satisfação dos usuários;

Garantia de defesa dos direitos e interesses dos usuários dentro das diretrizes que regem o SUS;

Servira como valioso instrumento de gestão promovendo subsídios que fortalecera o compromisso crescente com a qualidade da assistência prestada, com foco na satisfação dos usuários da Policlínica.

Pesquisa de Satisfação

A Pesquisa de Satisfação do Usuário aplicada pelo SAU na Policlínica será uma ferramenta que convidará o usuário a se manifestar a respeito da qualidade dos serviços, e quanto à sua forma de prestação. O serviço de qualidade é definido como o grau de discrepância entre as expectativas e as percepções em relação ao seu desempenho, e medir essa percepção é uma grande ferramenta para o desempenho da gestão. A análise destes dados proporcionará a oportunidade para o desenvolvimento de ações de melhoria voltadas a qualidade do atendimento prestado e de providenciar soluções adequadas aos problemas apresentados pelos usuários.

Instrumento de Pesquisa, forma de aplicação e frequência

Os profissionais do SAU farão rotineiramente (diariamente) a pesquisa de satisfação do usuário por meio da "busca ativa" através de um questionário de opinião aberta e perguntas fragmentadas por serviço ofertado. A escolha dessa opção de pesquisa se deu, com intuito de conhecer a satisfação dos usuários em relação aos serviços recebidos em suas particularidades e como um todo. A pesquisa por meio de formulário físico será através de entrevista realizada pelo colaborador "Posso Ajudar?", com perguntas que visam avaliar a percepção do usuário do momento da chegada, a permanência e a efetivação do atendimento na Policlínica. Os dados obtidos serão consolidados em gráficos e tabelas, permitindo uma melhor visualização da percepção dos usuários no que se refere ao atendimento recebido e satisfação geral com a unidade de saúde. A tabulação dos dados deverá ser disponibilizada mensalmente.

Inicialmente os questionários serão adaptados buscando a realidade de ambiente de atendimento da Policlínica. Apresentamos a seguir o modelo (formulário físico) que será utilizado, levando em consideração que as perguntas serão estruturadas de acordo com os serviços ofertados em cada setor/ambiente da unidade.

O quantitativo de questionários aplicados será definido através de cálculos estatísticos com a definição de um intervalo de confiança, que pode variar de 80% - 90% de confiabilidade, que vai definir o "N" de pacientes que serão ouvidos.

Será utilizado também a pesquisa espontânea por meio de totens distribuídos pelas diversas áreas da unidade, este software além de captar os dados, faz a estratificação e apresentação de forma prática e de fácil visualização e entendimento conforme pode ser visto nos exemplos abaixo.

Modelo de totem de autoatendimento:





Modelo de pesquisa de satisfação formulário físico:

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Para melhor atender nossos pacientes,
solicitamos sua opinião a respeito dos serviços oferecidos.

Nome: _____ *Idade:* _____

Telefone: _____ *E-mail:* _____

Setor/leito: _____ *Data:* ___/___/___

Qual é sua avaliação sobre:	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	PÉSSIMO
1 - O Atendimento da Recepção	☐	☐	☐	☐	☐
2 - O Atendimento na Triagem foi Esclarecedor	☐	☐	☐	☐	☐
3 - O Tempo de Espera para o Atendimento	☐	☐	☐	☐	☐
4 - O Atendimento da Equipe Médica	☐	☐	☐	☐	☐
5 - O Atendimento da Equipe de Enfermagem	☐	☐	☐	☐	☐
6 - A Realização de Exames	☐	☐	☐	☐	☐
7 - O Atendimento do Retorno Médico	☐	☐	☐	☐	☐
8 - O Vestuário e Roupas do Leito	☐	☐	☐	☐	☐
9 - A Limpeza do Hospital	☐	☐	☐	☐	☐
10 - A Qualidade da Alimentação	☐	☐	☐	☐	☐
11 - A Confiança e Cordialidade da Segurança	☐	☐	☐	☐	☐
12 - O Hospital como um todo	☐	☐	☐	☐	☐

Buscou outra unidade de saúde antes? SIM ☐ NÃO ☐

Por que buscou a unidade? Qualidade ☐ Localização ☐ Indicação ☐ Outros ☐

Estamos em busca contínua para lhe oferecer o melhor atendimento
e para isso contamos com sua ajuda!
Sugestões, Críticas ou Elogios?

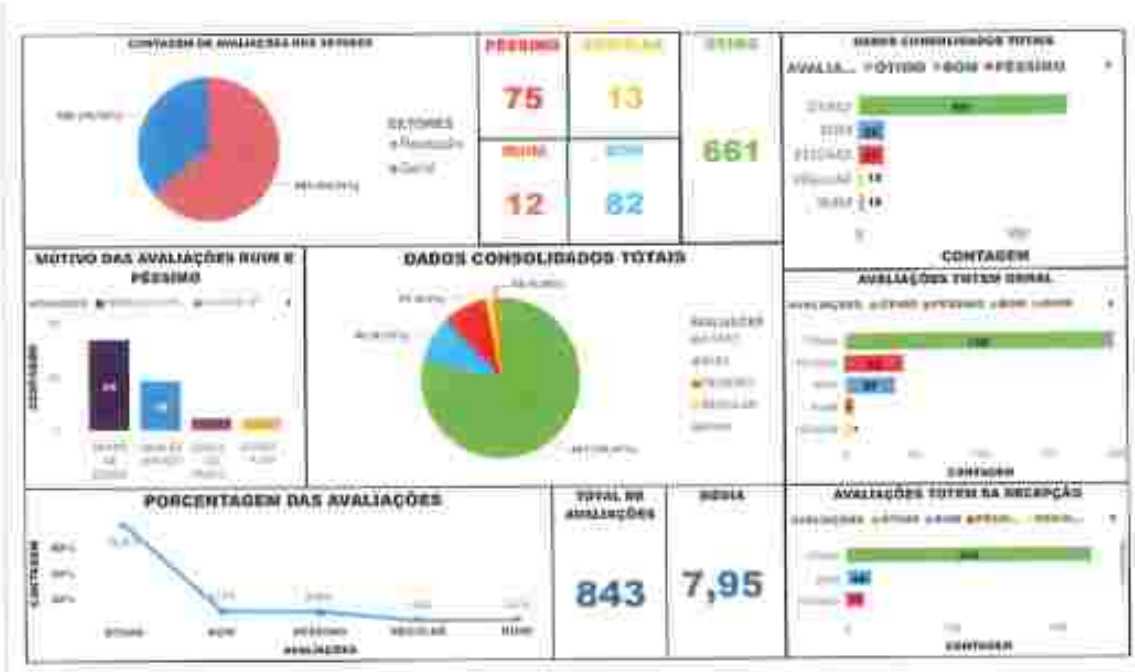
Assinatura: _____

Agradecemos sua colaboração, pois isso nos ajuda a lhe servir melhor!

Exemplos de tabulação dos dados que serão utilizadas:







Sistemática das Ações corretivas

A disseminação de informações se destacará no Serviço de Atendimento ao Usuário da Policlínica. Ressalva-se que as denúncias e solicitações, dentre outras (demandas de maior complexidade) serão direcionadas ao serviço de Ouvidoria da unidade. Podendo então serem tratadas pelo SAU as seguintes classificações:

Crítica/Queixa: Demonstração de insatisfação relativamente a determinada política adotada ou serviço prestado;

Sugestão: proposição de ideia ou formulação de proposta de aprimoramento de políticas e serviços públicos;

Solicitação: Requerimento de serviços ou pedido de adoção de providência por parte da Administração da unidade;

Elogio: demonstração, reconhecimento ou satisfação referente à execução de determinada atividade ou atendimento recebido.

As demandas passarão pelo processo de classificação de prioridade/complexidade, sendo:

Alta complexidade: Encaminhar imediatamente ao conhecimento da ouvidoria da unidade para devidas tratativas;

Média complexidade: Se o serviço não dispuser de mecanismos que possa fornecer a resolução do demandado, ele identificará o setor responsável e encaminhará a demanda para devidas providências (estabelecer o prazo máximo de 7 (sete) dias para o setor fornecer resposta contendo subsídios das ações corretivas e preventivas frente ao exposto pelo usuário);

Baixa complexidade: O próprio serviço de SAU buscará resolver a demanda, se o serviço não dispuser de mecanismos que possa fornecer a resolução, ele identificará o setor responsável e encaminhará a demanda para devidas providências (estabelecer o prazo máximo de 24 horas para o setor fornecer resposta contendo subsídios das ações corretivas e preventivas frente ao relatado).

Todas as demandas dos usuários da unidade seja qual for o meio de recebimento (pesquisa de satisfação, pessoalmente, telefone) deverá ser registrada em planilha de controle ou sistema de produção da unidade de saúde.

Logo após identificação dos pontos que necessite de ações corretivas e/ou preventivas exemplo: críticas e sugestões, baixo índice de satisfação do setor/departamento (O SAU deverá frente aos indicadores de satisfação dos usuários solicitar pareceres aos setores).

Mensalmente os dados de todos os registros apresentados perante o Serviço de Atendimento ao Usuário deverão ser encaminhados ao conhecimento da Diretoria Médica da unidade e ao grupo do programa intitulado de "gestão participativa".

Mesmo que a demanda seja solucionada pelo SAU, a mesma deverá ser registrada e encaminhada ao gestor do setor/departamento competente para ciência, que apresentará a Diretoria Médica da unidade as ações corretivas e preventivas adotadas para a resolução da situação exposta pelo usuário.

Havendo recorrências de situações (negativas) de mesmo teor nas demandas, que poderá ser apontada pelos dados do SAU, caberá a Diretoria Médica da unidade apresentar ao Concelho do IMED ações corretivas frente a situação exposta.

O SAU promoverá e adotará ações em conjunto com o serviço de Ouvidoria da unidade para que possa expor/apresentar aos colaboradores os registros de elogios das pesquisas de satisfação dos usuários, da forma que os interessados e citados sejam enaltecidos e reconhecidos.

Considerações finais

O IMED estará preparado para gerir mudanças administrativas e educativas no atendimento voltado aos usuários da Policlínica, motivadas pela atuação contínua do Serviço de Atendimento ao Usuário, serviço este, que será uma das ferramentas utilizadas amplamente no processo de melhoria contínua adotado pelo IMED na Gestão da unidade de saúde. Os dados do SAU serão analisados e utilizados para tomada de decisões voltadas a satisfação dentre as necessidades dos usuários, e a prestação de serviços na Policlínica.

Todas as manifestações (elogios, críticas, solicitações, sugestões) e dados estatísticos, assim como descrições das tratativas dos setores e das demais atividades desenvolvidas pelo SAU deverão ser apresentadas mensalmente à SES e aos demais Gestores da unidade de saúde. A fim de que seja exposto a materialização do principal objetivo do serviço, que consiste em promover mudanças em busca do aprimoramento contínuo da qualidade no acolhimento e atendimento à população do Oeste Goiano por meio da Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa.

2.2.2.2 - Implantação da Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde

Apresentação

A Constituição Federal Brasileira de 1988 instituiu um Estado Democrático de Direito, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça tornando-se valores fundamentais de uma sociedade comprometida e efetivamente assistida. Essa perspectiva indica que os conflitos devem ser assumidos como parte da vida social, e não como algo a ser eliminado. Indica, ainda, que as divergências devem ser trabalhadas objetivando-se a construção de soluções pacificas, baseadas na promoção dos direitos humanos. Tal abordagem valoriza o diálogo como ferramenta essencial para o convívio em sociedade.

É fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) que o usuário tenha um espaço de acolhimento e atendimento para solicitar informações e serviços em saúde ou registrar sua contribuição, através de sugestão, elogio, reclamação ou denúncia, espaço este que forneça resposta ágil e resolutiva as manifestações apresentadas, e que visa a melhoria contínua do atendimento prestado aos usuários da unidade de saúde no âmbito do SUS. Nessa perspectiva a Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa constituirá um espaço estratégico e democrático de comunicação direta entre o cidadão e os gestores da unidade.

Objetivo da Implantação

Assegurar aos cidadãos o direito de apresentar suas manifestações perante a Administração da Policlínica, bem como, contribuir para o fortalecimento de mecanismos efetivos e ágeis de proteção e defesa dos direitos dos usuários da unidade, no cumprimento dos termos da Lei Federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017 e nos dispostos previstos no Decreto Estadual nº 9.270, de 18 de julho de 2018.

Nesse sentido, a Ouvidoria funcionará como um agente promotor de mudanças: de um lado favorecerá uma gestão flexível, comprometida com a satisfação das necessidades dos usuários; de outro, estimulará a prestação dos serviços públicos com qualidade, capazes de garantir direitos, em síntese, será um instrumento a serviço da democracia.

A Ouvidoria proporcionará oportunidades para que melhorias sejam adotadas a partir da análise das manifestações que vier a receber. Em vista à avaliação da

efetividade dos direitos e deveres dos usuários e o aprimoramento da qualidade nos serviços prestados à população do Oeste Goiano por meio da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa

Principal papel da Ouvidoria na Policlínica

O principal papel da Ouvidoria será garantir que o(a) cidadão(a) tenha a sua demanda efetivamente considerada e tratada, à luz dos seus direitos constitucionais e legais. Neste sentido a Ouvidoria da Policlínica atuará no processo de interlocução entre o cidadão e administração da unidade, consolidando um espaço adequado para a prática da resolução de conflitos e um importante instrumento de disseminação de informações em saúde.

A Ouvidoria orientará, encaminhará, acompanhará as providências adotadas, e responderá ao cidadão. Além disso, quando a situação exposta não for de competência da unidade e não seja relativa ao funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a Ouvidoria auxiliará o(a) cidadão(ã) a identificar o local mais apropriado para a resolução de sua demanda ou problema.

Mobilização para a criação da Ouvidoria vinculada a SES

Tendo em vista que a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás possui o departamento de Ouvidoria Setorial do SUS que integra a rede Nacional de Ouvidorias do SUS (as Ouvidorias do SUS são instrumentos de viabilização dos princípios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS).

Portanto, obter um trabalho desenvolvido pela Ouvidoria da Policlínica em conjunto com a SES permitirá a integração no Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS (SNO), que constitui em uma rede interligada de ouvidorias, sob orientação estratégica da central do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES). Este vínculo possibilitará a atuação da Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa por meio do Sistema Informatizado Ouvidor SUS. O Sistema tem a finalidade de atuar como ferramenta para a descentralização das ouvidorias do SUS, e permitirá a otimização de todos os processos de trabalho da Ouvidoria, tais como, agilizar o processo de recebimento, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações, além de facilitar a democratização das informações em saúde. Será um instrumento de gestão à serviço da população do Oeste Goiano.

Púbico alvo da Ouvidoria: O público interno que são os servidores e

colaboradores da unidade que poderão utilizar a Ouvidoria de forma democrática para manifestar seus anseios, nesse sentido, teremos uma Gestão ainda mais participativa. E o público externo, que são as pessoas que demandam os serviços da Policlínica e utilizarão a Ouvidoria como um canal para se manifestarem, solicitarem serviços, informações ou a adoção de providências por meio de denúncias, reclamações, sugestões, entre outros. Assim, qualquer cidadão(a) que pertença ao público interno ou externo poderá apresentar, sem ônus, manifestação à Ouvidoria.

Por estes, a mobilização do IMED se dará de forma que o acesso do cidadão à Ouvidoria seja facilitado de todas as maneiras possíveis, através de e-mail, carta, formulários eletrônicos e impressos, caixas de coleta (urnas), telefone e atendimento presencial personalizado.

Será garantido o pleno acesso da Ouvidoria SUS aos interessados e todas as demandas serão respondidas com prazo inferior a 30 dias conforme preestabelecido por lei.

Planejamento de implantação

Definição no organograma: a Ouvidoria será inserida no organograma da instituição, articulada ao nível central de gestão ligado diretamente a Diretoria Médica;

Definição do local: instalar a Ouvidoria seguindo os requisitos básicos para compor a Rede de Ouvidorias do SUS, pré-estabelecidos pelo Mistério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Departamento Ouvidoria Geral do SUS, e passar a integrar juntamente com a Secretária de Estado da Saúde do Estado de Goiás a Rede do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, será implantada em local de fácil acesso aos usuários;

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 Médico da unidade de saúde);

Instalar em locais de grande circulação da Policlínica urnas devidamente identificadas pela Ouvidoria, contento disponível

formulário impresso para registros de manifestações e de pesquisa de satisfação dos usuários;

Definição da Estrutura de Fluxo de Trabalho, tais como: horários de atendimento, fluxo interno e externo de manifestações, dentre outros;

Realizar a divulgação (site corporativo, placas em locais de grande circulação de pessoas na unidade) do objetivo, papel, fluxos de atendimento e projetos da Ouvidoria, expondo a consolidação de um espaço democrático implantado na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, 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, devendo-se de imediato publicar internamente e externamente o local e horário de atendimento da Ouvidoria, tal como, os seus meios de acesso.

Estruturação da Ouvidoria (estrutura física e recursos humanos)

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, serão observados os seguintes itens:

Espaço físico adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigilo;

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;

Equipamentos e mobiliários adequados para a realização do serviço

como cadeira, mesa, armário, material de escritório em geral, computadores, impressora e aparelho telefônico;

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 próximo a recepção (principal acesso dos usuários na Policlínica). Este ambiente terá um maior volume de pessoas em circulação e, por ser a principal porta de entrada da unidade de saúde, seu acesso é estrategicamente facilitado ao cidadão.

Recursos Humanos

Os profissionais que atuarão na Ouvidoria deverão possuir habilidades compatíveis e passar por capacitação para a função. Cabe destacar que, por se tratar de um cargo relativamente recente, em geral não se exige formação especifica para ser um Ouvidor. Caberá ao IMED, salva guarda diretrizes da SES-GO estabelecer e divulgar normas gerais para a formação da equipe, assim como a garantia da participação do Ouvidor no processo, fatores que serão muito importantes para a concretude da atuação do serviço de Ouvidoria que atenderá a população do Oeste Goiano por meio da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

A disponibilidade e o quantitativo de profissionais 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 – Assistente de Ouvidoria. Técnico Atendimento.

A estes, consideraremos como necessidade de que a equipe da Ouvidoria da Policlínica deverá deter o conhecimento e seguir os princípios e dispostos expressos nos(as):

- *"Decreto Estadual nº9.270, de 18 de julho de 2018 - Dispõe sobre as Ouvidorias no âmbito do Poder Executivo e dá outras providências."*

- *"Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017 - Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública."*

- "Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)."

- "Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 – Lei de Acesso à Informação (LAI)."

Esses servidores precisam ter vasto conhecimento acerca das atividades desenvolvidas pelo setor, além de treinamento que lhes possibilitem tratar o(a) cidadão(ã) de forma respeitosa e genuína que serão ofertados pelo IMED, há algumas habilidades essenciais que deverão compor o perfil profissional destes colaboradores, tais como:





Fonte: DOGES/SGEP/MS,2014

Considerando-se as peculiaridades do trabalho dos profissionais das ouvidorias, serão competências exigidas para a formação da equipe que atenderá na Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

Ouvir e compreender as diferentes formas de manifestação dos cidadãos;

Reconhecer os cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito;

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;

Demonstrar os resultados produzidos, avaliando a efetividade das respostas oferecidas, gerando dados e elaborando informações capazes de subsidiar a gestão pública.

O IMED objetivando a melhoria contínua no atendimento prestado aos usuários da Policlínica, proporcionara a institucionalização da Ouvidoria SUS na unidade de

saúde, basilares aos princípios fundamentais, à Ouvidoria deverá ser um instrumento de gestão que manifeste primordialmente:

Competência: Existência de pessoas capacitadas e recursos tecnológicos adequados.

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.

Credibilidade: Honestidade no serviço ofertado.

Segurança: Garantia de sigilo das informações pessoais nos termos da Lei nº 12.527 – Lei de Acesso à Informação.

Empatia: Que consiste em uma resposta afetiva apropriada à situação da outra pessoa. Essa habilidade se traduz na capacidade de se identificar com o sentimento ou a reação de outra pessoa e buscar compreendê-lo.

Linguagem cidadã: Clara, acessível, de fácil compreensão, evitando jargões e termos técnicos, proporcionando um atendimento adaptado às necessidades do(a) cidadão(ã).

Linguagem inclusiva: É aquela que não usa expressões preconceituosas ou ofensivas a indivíduos ou grupos.

Presteza: Demonstração do desejo de servir, valorizando prontamente a solicitação do(a) cidadão(ã).

Cortesia: Manifestação de respeito ao cidadão e de cordialidade.

Flexibilidade: Atuar com capacidade de lidar com situações não previstas.

Respeito A diversidade e garantia do pleno acesso à Ouvidoria por todos os cidadãos: atendimento a todas as pessoas sem preconceitos.

Pesquisa de satisfação da ouvidoria

Será competência do serviço de Ouvidoria valorizar e propor a

padronização dos processos de trabalho, implantação e disponibilidade de aplicação de pesquisas de satisfação com todos os públicos e de todas as formas possíveis, tais como: em modelo digital, formulário físico, sistema de produção da unidade ou da Ouvidoria, dentre outras. Proporcionando assim, o aumento da capacidade de coleta, armazenamento e análise dos dados, que auxiliará a Gestão do IMED no processo de tomada de decisões.

Além de contar com o atendimento presencial dos agentes da ouvidoria na unidade, que estarão equipados com tablets para o registro de queixas e realização de busca ativa, os pacientes também terão à disposição um canal exclusivo de WhatsApp para atender suas principais necessidades: agendamento, exames, consultas, retornos, informações gerais e ouvidoria.

Durante a visita à unidade, o paciente receberá automaticamente uma mensagem de boas-vindas pelo WhatsApp, contendo informações sobre os serviços oferecidos e a orientação de que todo o atendimento é realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo completamente gratuito, tanto nos procedimentos quanto na medicação.

Será implementada a pesquisa de satisfação (NPS) por meio de inteligência artificial via WhatsApp, enviada a todos os pacientes admitidos na unidade. Com isso, os principais gestores poderão agir imediatamente em caso de avaliações insatisfatórias ou sugestões de melhoria.



A pesquisa subsidiará os processos de tomada de decisão, trazendo informações e dados sobre os usuários e suas necessidades, grau de satisfação, entre outros aspectos. Desta forma diversos objetivos poderão ser alcançados com a efetivação da pesquisa continuada, dentre outros, podemos citar: 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.

Logo após a implantação da Ouvidoria, serão disponibilizados os formulários da pesquisa de satisfação na Metodologia NPS – Net Promoter Score em todos os canais de comunicação possíveis, incluindo a busca ativa. Vale ressaltar que a metodologia escolhida se deu devido a fácil adequação do questionário tanto em meios físicos quanto em digitais, dentre outros pontos positivos podemos citar: fácil preenchimento, objetiva, demanda pouco tempo para responder (pois é embasada em uma única pergunta); simplifica a capitação e tabulação dos dados.

O Serviço Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa será implantado de forma interligada ao do serviço de atendimento ao usuário SAU, da unidade, seguindo as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS. Os serviços atuarão de forma complementares e todos os atendimentos serão registrados no sistema oficial de ouvidoria do SUS.

Mensalmente será disponibilizado relatório das atividades desenvolvidas pelo SAU e ouvidoria a Secretaria Estadual de Saúde, para garantir a transparência e a accountability do serviço, assim como, **anualmente** será realizado uma auditoria independente, para que ela ateste a confiabilidade dos dados da pesquisa de satisfação. Os dados desta auditoria após copilados serão encaminhados a SES. Esses relatórios fornecerão uma visão detalhada das demandas dos usuários, das ações tomadas e dos resultados alcançados, permitindo uma avaliação continua e a implementação de melhorias necessárias.

Considerações finais

O IMED garantirá que a Ouvidoria SUS vinculada a SES-GO seja implantada imediatamente a sua assunção e cumpra seu papel de intermediar as relações entre os cidadãos e os gestores da unidade, em vistas a satisfação e o cumprimento dos direitos e deveres dos usuários. E certificara o declínio do percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de Ouvidoria do SUS referentes a unidade de saúde, concretizando consequentemente o aumento de demandas positivas.

Será providenciado respostas e resoluções adequadas as situações apresentadas pelos cidadãos, de acordo com os princípios e diretrizes que regem o SUS, sempre priorizando o desenvolvimento do conjunto de atividades voltadas a atender as necessidades dos usuários visando contemplar a melhoria da atenção à saúde da população do Oeste Goiano por meio da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

De acordo com a Lei nº 12.527 (Lei de Acesso à Informação), cabe aos órgãos e às entidades do poder público assegurar a gestão transparente da informação. A este princípio basilar caberá a Ouvidoria processar as informações obtidas por meio das manifestações recebidas e pesquisas de satisfação realizadas, e encaminhar os resultados (relatório) mensalmente ao conhecimento dos gestores da unidade que irá dispor a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

Os resultados das avaliações obtidas por meio dos dados da ouvidoria serão integralmente disponibilizados para publicação aos interessados, com a finalidade de subsidiar uma gestão mais transparente e participativa. Caracterizando a principal diretriz que rege a disponibilização de informações, que é: a publicidade e a transparência das informações são a regra e o sigilo é a exceção.

2.2.2.3 - Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores.

No Serviços de Saúde evidencia-se com frequência situações em que a instituição e seus profissionais são confrontados com realidades muito distintas e complexas relacionada ao processo de Acolhimento aos usuários e acompanhantes, necessitando de ações integradas da equipe multidisciplinar com foco nas necessidades emocionais e físicas do paciente e familiar, bem como fortalecer o conhecimento sobre a promoção da saúde ou o processo da doença. Para minimizar os impactos e riscos oriundos dessas condições faz-se necessário a implantação de um projeto educativo sistemático, visando a integração dos profissionais envolvidos nas diversas formas de acolhimento aos usuários e seus acompanhantes.

O Acolhimento é um dos pilares da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo entendido como a necessidade de humanizar o atendimento e a recepção do usuário no sistema de saúde com vistas à promoção de solução dos casos através de uma escuta qualificada e responsável, reconhecendo o usuário como sujeito central na promoção da saúde. Além disso, o acolhimento é uma ferramenta essencial para a organização do processo de trabalho.

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, colaborador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva.

Como uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas as suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

A Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, terá equipe exclusiva para este fim, porém o acolhimento vai muito além de pessoas escolhidas para a função. Todos os profissionais da Policlínica estarão capacitados e prontos para acolher. Com a

criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre pessoas. A discussão compartilhada de reformas e uso de espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada setor é uma orientação que pode melhorar a ambiência da unidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores conquistas do povo brasileiro. Criado para garantir o direito universal à saúde, o SUS representa um marco na história do Brasil, proporcionando acesso gratuito e integral aos serviços de saúde para toda a população. A Política Nacional de Humanização (PNH) surge da necessidade ética e política de constituir um movimento que resgate e valorize o SUS que funciona, promovendo um diálogo permanente entre servidores, usuários e gestores.

O acolhimento é, antes de tudo, uma diretriz política e operacional do Sistema Único de Saúde. Além disso, é uma atitude em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e integralidade da atenção, de maneira ética.

Desta forma faz-se necessário 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 o acolhimento, a correta realização e atendimento do processo por parte do colaborador ou paciente. Para subsidiar esses processos, os profissionais precisam estar capacitados, assim, um programa de Educação Permanente, com foco nos procedimentos e satisfação do cliente, além da atualização técnica e comportamental, deve ser estabelecido e estimulado, otimizando o tempo de aprendizado e reduzindo os riscos assistenciais.

Proposta de Formulários e Termos

A padronização de formulários da Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa, será implantado com objetivo de garantir uma comunicação efetiva, que comuniquem adequadamente os pacientes acerca dos seus direitos e deveres durante a assistência à saúde, estabelecendo regras claras sobre questões sensíveis, tais como o consentimento livre e esclarecido e as consequências da recusa de tratamento ou de alta a pedido.

Nossa proposta é aprimoramento e padronização de formulários resguarda a Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa, estabelecendo, em termo firmado pelo paciente, quais são as limitações da responsabilidade da Policlínica em determinadas situações adversas, garantido mais bem resultados em eventuais demandas

judiciais.

Os formulários permitem, ainda, que a Policlínica tenha um controle maior das situações adversas, na medida em que padronizam tomada de decisão e orientam os profissionais sobre como proceder em determinados casos.

Com esses critérios, a "proposta" tem como principal objetivo de esclarecer as dúvidas dos pacientes, familiares, acompanhantes ou responsável legal além de orientar sobre as normas e rotinas da instituição, visando proporcionar uma permanência mais segura e confortável nas dependências da unidade de saúde durante a assistência recebida, atendimento ambulatorial e realização dos exames de diagnóstico.

O acolhimento é um ato de aproximação, inclusão e humanização. Nesta abordagem, o profissional acolhe, escuta e dá respostas/orientações adequadas aos usuários, com resolutividade e responsabilização. Também promove escuta qualificada, construção de vínculo e garante acesso, continuidade da assistência e articulação entre os serviços.

O Acolhimento não tem hora nem local certo para acontecer. Não é um serviço exclusivo de determinada categoria profissional. Acolher o usuário é adotar uma postura ética na escuta qualificada dos usuários e de suas queixas, percebendo-o em suas singularidades e como autor do processo saúde-doença que está vivendo. Ao acolher o usuário, o profissional torna-se um facilitador de seu acesso aos serviços. A construção do acolhimento humanizado pressupõe parceria entre a equipe multiprofissional, a gestão, o usuário e a comunidade.

Em conformidade com os métodos e princípios estabelecidos pela Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, e sob a gestão do IMED, o acolhimento aos usuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa adotará o "método de tríplice inclusão" proposto pela própria PNH. Este método consiste em:

1. Inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) com o objetivo de promover autonomia, protagonismo e corresponsabilidade. Inicialmente, isso será realizado através do Serviço de Ouvidoria, com os seguintes objetivos: garantir os direitos dos usuários, valorizar o trabalho na saúde e promover a gestão participativa nos serviços, entre outros.

2. **Inclusão dos analisadores sociais**, ou mais especificamente, dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e gestão, acolhendo e

potencializando os processos de mudança. Inicialmente, isso será feito por meio de uma análise coletiva dos conflitos e dos dados de produção e qualidade, envolvendo os seguintes serviços: Serviço Social, Serviço de Psicologia, Serviço de Ouvidoria, Serviço de Atendimento ao Usuário, Recepção, Portaria, Qualidade e Segurança do Paciente, além de Comissões e Grupos voltados à participação e inclusão social, entre outros.

3. Inclusão do coletivo, seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança das percepções e dos afetos) dos trabalhadores de saúde em trabalho grupal. Inicialmente, isso será feito por meio do fomento de redes e rodas de conversas, disponibilização de carta de serviços ao usuário, exposição dos seus direitos e deveres no que tange ao funcionamento da unidade de saúde, entre outros.

Dessa maneira, se escolhido para realizar a gestão da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa, o IMED irá implantar um modelo de Acolhimento, elaborado conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização, proporcionando ao usuário o conhecimento sobre seus direitos e deveres dentro da unidade de saúde.

Acolhimento na Policlínica Estadual da Região do Entorno Formosa

Como fazer?

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde, visando estimular e facilitar o contato entre a equipe de saúde, usuários e familiares, organizando e agilizando os atendimentos da Policlínica, assim como, protocolar os pedidos de documentos e dispor de mecanismos de consulta imediata aos arquivos e informações sobre o funcionamento da unidade.

O Acolhimento exercido de forma ampla tem ainda como objetivo auxiliar na identificação dos pontos de conflito, escutando a demanda das famílias e dos pacientes, onde os profissionais deverão procurar minimizar a ansiedade causada pela doença e pela permanência na unidade. Cabe ressaltar que as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Na prática da gestão da Policlínica Estadual da Região do Entorno-

Formosa, o IMED irá implantar ações e serviços voltados ao Acolhimento dos usuários, conforme perfil desempenhado pela unidade, dentre estes podemos citar:

Constituição de equipes que recebam os pacientes como o Serviço de Atendimento ao Usuário - Equipe de "Posso Ajudar"

O colaborador deverá:

Receber os pacientes assim que chegam à Policlínica. Esses profissionais serão treinados para oferecer um atendimento acolhedor e eficiente, garantindo que os pacientes se sintam bem-vindos e cuidados desde o primeiro contato;

Orientar e acompanhar pacientes e acompanhantes no fluxo de atendimento;

Orientar endereços e telefones de outros serviços de saúde;

Orientar pacientes e acompanhantes sobre tempo de espera para atendimento;

Acompanhar pacientes deambulantes em exames;

Capacitação de todos os profissionais na escuta qualificada das demandas dos pacientes.

Os profissionais serão capacitados para ouvir atentamente as queixas e preocupações dos pacientes, utilizando técnicas de escuta ativa. Isso envolve prestar atenção, mostrar empatia e compreender a importância das demandas apresentadas pelos pacientes.

Após ouvir as demandas dos pacientes, os profissionais deverão oferecer soluções e encaminhamentos adequados, utilizando os recursos disponíveis na Policlínica e na Rede SUS. Isso pode incluir agendamentos, orientações sobre tratamentos e encaminhamentos para outros serviços de saúde quando necessário;

A partir das informações coletadas durante a escuta qualificada, os gestores e colaboradores deverão analisar os processos de trabalho e implementar mudanças que melhorem a gestão e o cuidado oferecido aos pacientes. Isso pode incluir a revisão de protocolos, a implementação de novas práticas e a promoção de uma cultura de melhoria contínua

Serviço Social e Psicologia

O colaborador deverá:

Realizar atendimento ao usuário quando solicitado pelo profissional médico ou da equipe multiprofissional;

Acolher o usuário e acompanhante (quando houver) com respeito e empatia;

Informar ao enfermeiro sobre a conduta adotada e realizar orientações de acordo com as necessidades do usuário;

Atuar de forma integrada buscando melhor resolutividade aos problemas dos usuários;

Registrar sua avaliação e conduta na ficha do usuário.

Articulação da rede interna e externa do serviço

A policlínica será local resolutivo dentro de seu nível de complexidade e possibilitara a referência e contrarreferência quando o atendimento não estiver em seu nível de atenção.

Todos os serviços internos serão interligados de maneira que o usuário possa otimizar seu tempo e atendimento. Quando usuário necessitar de mais de um serviço ofertado daremos preferência para marcação na mesma data e com horário adequados, isto diminuirá a vinda dos pacientes a unidade. Disponibilizaremos o acesso online a resultado de exames facilitando o acesso a estes.

A policlínica trabalhará de maneira a realizar agendamentos de forma ordenada onde os Municípios sejam ouvidos e o transporte dos pacientes seja facilitado.

Quando a resolução do problema não estiver disponível na policlínica este paciente será devidamente encaminhado a serviço que atenda seu nível de atenção, garantindo assim a continuidade do tratamento, para isto será utilizado os sistemas de regulação disponibilizados pela SES-GO.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores, propõe um acolhimento humanizado para todos, que de uma maneira geral, busquem pelos nossos serviços.

Sabemos da importância de fazer uma gestão participativa, e o quanto é fundamental incluir os colaboradores, para que eles, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde com foco a qualidade e o Acolhimento aos usuários. Por outro, incluir a população que buscam os serviços da Policlínica nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

A presença do familiar no processo de acolhimento é de grande importância para a recuperação do paciente, pois contribuem para o seu bem-estar, trabalhando a autoestima e dando apoio emocional, que o paciente necessita.

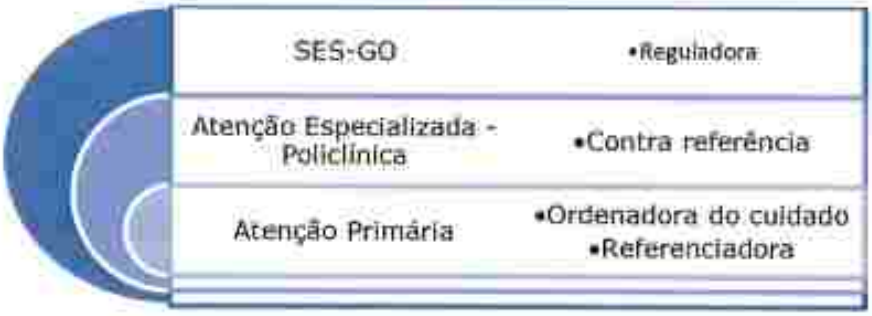
É possível afirmar que estamos no caminho certo, e desta forma, todas as ações e práticas de acolhimento serão sempre reforçadas pela Direção/Gerência do IMED, por meio de cursos e oficinas de formação/intervenção e a partir da discussão dos processos de trabalho, voltados ao Acolhimento em todo o atendimento da população do entorno Goiano por meio da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa.

2.2.2.4. Proposta para implantação do sistema de contrarreferência à atenção primária

INTRODUÇÃO

O IMED apresentará uma proposta de contrarreferência para a Atenção Primária para os pacientes que usufruirão dos serviços/consultas/procedimentos oferecidos pela Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa.

Trata-se de uma "proposta", pois entendemos que as definições dos fluxos de encaminhamentos da POLICLÍNICA para a ATENÇÃO PRIMÁRIA e vice-versa devam ser definidos envolvendo instâncias da SES-GO (coordenadoria da atenção especializada) que é o órgão regulador do sistema, gestores executivos dos municípios detentores dos recursos da Atenção Primária que demandarão os pacientes para a POLICLÍNICA (ordenadores do cuidado) e a OSS que será a contra referenciadora dos pacientes para a Atenção Primária.



Atenção Primária x Atenção Especializada

A **Atenção Primária** é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Estão incluídos os programas Saúde na Hora, Médicos pelo Brasil, Conecte SUS, Previne Brasil, entre outros programas, além das ações e estratégias definidos pelo Ministério da Saúde.

As solicitações de consultas especializadas serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião Nordeste do Estado ou de acordo com a pactuação regional. O agendamento será feito pelo Complexo Regulador Estadual (CRE).

A marcação de consultas se dará por meio de um sistema informatizado – "online", facilitando a escolha pelo usuário do melhor dia e horário. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

A **Atenção Especializada** é feita através de um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial (policlínicas, ambulatórios médicos de especialidades), que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade.

É caracteristicamente demarcada pela incorporação de processos de trabalho que precisam de maior densidade tecnológica – as chamadas tecnologias especializadas – e deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada (Ministério da Saúde – 2019).

Este nível de cuidado, tem a função de promover coordenadamente serviços especializados em saúde, oferecendo à população acesso qualificado e em tempo oportuno.

A população alvo da atenção especializada é formada por pessoas que apresentam, naquele instante, a necessidade de cuidados com especialista e muitas vezes mais intensivos que no nível primário e cuja atenção deve ser qualificada, a fim de atender, garantir continuidade no cuidado e resolver os principais problemas demandados pelos sérvios da Atenção Primária.

Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares de maior especificidade tecnológica.

Mecanismos de Contrarreferência para a Atenção Primária

Para iniciar a transição do cuidado do paciente para a Atenção Primária, primeiramente será avaliado o risco e o agravo do paciente. A contrarreferência para a Atenção Primária será realizada a partir da orientação e conscientização prévia junto ao paciente/familiar de que a continuidade do cuidado será realizada no âmbito da Atenção Primária e esta orientação ficará a cargo do Núcleo Interno de Agendamento (NIA) que será implementado pelo IMED na unidade de saúde, este deverá comunicar formalmente via sistema

de regulação, anexando a cópia do documento de contrarreferência.

Além do papel de "orientador do caminho" do paciente dentro do sistema de saúde, o Núcleo Interno de agendamento da Policlínica terá também a função orientativa e esclarecedora junto ao paciente/familiar.

Para esta transição do cuidado, será preenchido pelo médico o documento compartilhamento de cuidado e o documento de contrarreferência e entregue ao paciente; este documento conterá todas as informações sobre seu atendimento na Policlínica: histórico da doença atual, exames realizados, pareceres do especialista, assim como os medicamentos administrados e prescritos.



Modelo de documento compartilhamento do cuidado

Este instrumento será claro e específico, evitando a utilização de siglas que não posam ser compreendidos pelas equipes das unidades primárias por não serem comuns ao seu ambiente de atuação.

Conforme as diretrizes da Portaria Nº 2.436/2017 – GM/MS, *"A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede".*



Desta forma, entendemos que é no nível da Atenção Primária que, de fato, o paciente será assistido.

Assim, será papel do NIA da Policlínica prestar esclarecimentos junto aos pacientes/familiares no sentido de orientá-los sobre a necessidade manter a continuidade do cuidado no nível da Atenção Primária.

Assim, após esta orientação e pactuação, espera-se:

Manutenção da continuidade de cuidado na Atenção Primária,

Adequado compartilhamento do cuidado com a rede primária;

Atenção integral ao doente,

Encaminhamento aos responsáveis pelo cuidado oferecido ao doente, quer ele esteja no nível de cuidada da Atenção Primária, quer ele esteja no nível de cuidado da Atenção Especializada e/ou Hospitalar.

Segundo informações extraídas do Edital, a Policlínica disporá de serviços de informática com sistemas que permitam a integração com a rede assistencial de

referência e contrarreferência, por meio eletrônico, favorecendo o processo de agendamento de consultas e procedimentos a serem realizados na unidade.

Acompanhamento dos pacientes

Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (ex: sessões de fisioterapia, fonoterapia e consultas).

No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contrarreferência, compartilhamento do cuidado e transição do cuidado, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou referência hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso.

De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo os casos que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pelo IMED, SES/GO e regulação estadual.

Para a referência e contrarreferência do paciente atendido na POLICLÍNICA deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a unidade básica de referência no seu município de residência ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

Compartilhamento do cuidado

Integração dos especialistas com a Atenção Primária

Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da atenção básica (Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família - UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões dos profissionais da Atenção Primária, além de garantir um compartilhamento do cuidado em rede.

O compartilhamento do cuidado do paciente entre a Policlínica e a atenção primária pode ser compreendida como uma estratégia para redução da fragmentação do cuidado a partir das conexões existentes dentro de uma rede de saúde. Também possibilita as equipes integrarem os diferentes saberes e transcender assistência para além das doenças.

A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina com o matriciamento dos especialistas com a rede básica, videoconferências, além de reuniões técnicas presenciais

Plano de Implantação

MÊS	ATIVIDADES
M1 e M2	Criar o *Grupo de Profissionais*, através de uma Resolução da Direção Geral da Unidade de Saúde, indicando nominalmente seus membros.
	Elaborar Manual de Conscientização para orientação dos pacientes e familiares.
	Solicitação de acessos junto as Instâncias reguladores da SES-GO.
	Solicitação de treinamento para os funcionários operacionais que realizarão a operação do Sistema Regulação da SES-GO na Policlínica.
	Definição de Indicadores.
	Realizar reunião com Gestores e representantes das Secretarias Municipais de Saúde, SES-GO, Coordenadorias da At. Primária, Coordenadoria da At. Especializada da SES-GO (Conselho Municipal de Saúde e SAD/SAMU/SIATE para desenho de fluxos de encaminhamentos, meios de contato e contra referenciamentos).
M3	Registro, análise e divulgação de indicadores.
M4	Registro, análise e divulgação de indicadores.
	Realizar reunião com Secretarias Municipais de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde Coordenadoria da At. Primária, Coordenadoria da At. Especializada (Conselho Municipal de Saúde e SAD/SAMU/SIATE) para divulgação dos resultados dos indicadores, propostas de melhoria e adequação de fluxos.
M5	Registro, análise e divulgação de indicadores.
M6	Registro, análise e divulgação de indicadores.
	Realizar reunião com Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde Coordenadoria da At. Primária, Coordenadoria da At. Especializada (Conselho Municipal de Saúde e SAD/SAMU/SIATE) para divulgação dos resultados dos indicadores, propostas de melhoria e adequação de fluxos.
M7	Registro, análise e divulgação de indicadores.
M8	Registro, análise e divulgação de indicadores.
	Realizar reunião com Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde Coordenadoria da At. Primária, Coordenadoria da At. Especializada (Conselho Municipal de Saúde e SAD/SAMU/SIATE) para

	divulgação dos resultados dos indicadores, propostas de melhoria e adequação de fluxos.
M9	Registro, análise e divulgação de indicadores.
M10	Registro, análise e divulgação de indicadores.
	Realizar reunião com Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde Coordenadoria da At. Primária, Coordenadoria da At. Especializada (Conselho Municipal de Saúde e SAD/SAMU/SIATE) para divulgação dos resultados dos indicadores, propostas de melhoria e adequação de fluxos.
M11	Registro, análise e divulgação de indicadores.
M12	Registro, análise e divulgação de indicadores.
	Realizar reunião com Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde Coordenadoria da At. Primária, Coordenadoria da At. Especializada (Conselho Municipal de Saúde e SAD/SAMU/SIATE) para divulgação dos resultados dos indicadores, propostas de melhoria e adequação de fluxos.

Transição do cuidado e as questões éticas

Para a adequada transição do cuidado o IMED garantirá que todos os profissionais atuem de acordo com os princípios éticos legais de cada profissão.

Médico

O Código de Ética Médica cita que é vedado ao médico:

"Art. 53. Deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou.

Art. 54. Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal.

Art. 55. Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho."

"Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de

Medicina. [...]

§ 3º Cabe ao médico assistente ou a seu substituto elaborar e entregar o sumário de alta ao paciente ou, na sua impossibilidade, ao seu representante legal."

Enfermagem

O Código de ética dos profissionais de Enfermagem, em seu artigo 38, ressalta como dever do profissional: "Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente".

A transição efetiva possibilitará uma assistência contínua, segura e individualizada, o que melhora os desfechos em saúde, reduz o uso inadequado dos serviços, melhora a relação cliente família e estre os prestadores do cuidado, aumentando a satisfação dos pacientes.

3



ÁREA DE QUALIDADE TÉCNICA

3.1 - Experiência Anterior em Gestão de unidade de saúde da proponente

Documentos disponíveis no ANEXO da Proposta de Trabalho

3.2 – Estrutura da gestão

3.2.1 - Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo



Competências dos membros do corpo diretivo:

Diretor Médico:

Objetivo da Posição: Responsável perante os Conselhos Regionais de Medicina, autoridades sanitárias, Ministério Público, Judiciário e demais autoridades pelos aspectos formais do funcionamento do estabelecimento assistencial que represente.

Escolaridade: Superior em Medicina

Competências Técnicas:

1. Legislação trabalhista;
2. Normas de segurança no trabalho;
3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde;
4. Gestão de pessoas e processos;
5. Gestão de Custos;
6. Ferramentas da Qualidade;

7. Pacote Office Avançado.

Competências Comportamentais:

1. Inteligência emocional;
2. Administração do tempo;
3. Relacionamento humanizado;
4. Visão sistêmica;
5. Foco no resultado;
6. Ética e honestidade;
7. Direcionador de soluções;
8. Foco no cliente interno e externo;
9. Tomada de decisão sob pressão;
10. Gestão de Pessoas;
11. Gerenciador de crise e conflito.

Gerente Administrativo

Objetivo da Posição: Garantir o bom funcionamento das operações administrativas da unidade, promovendo eficiência, qualidade dos serviços e sustentabilidade financeira, assegurando que as operações estejam em conformidade com normas regulatórias e padrões de qualidade no atendimento à saúde.

Escolaridade: Superior em Administração ou áreas correlatas

Competências Técnicas:

1. Normas de segurança no trabalho;
2. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde;
3. Gestão de pessoas e processos;

4. Gestão de Custos;
5. Ferramentas da Qualidade;
6. NR- 32 (desejável);
7. Pacote Office Avançado

Competências Comportamentais:

1. Inteligência emocional;
2. Administração do tempo;
3. Relacionamento humanizado;
4. Visão sistêmica;
5. Foco no resultado;
6. Ética e honestidade;
7. Direcionador de soluções;
8. Foco no cliente interno e externo;
9. Tomada de decisão sob pressão;
10. Gestão de Pessoas;
11. Gerenciador de crise e conflito.

Gerente Assistencial

Objetivo da Posição: Garantir a excelência na qualidade do atendimento aos pacientes, promovendo a integração e a coordenação das equipes assistenciais e assegurando que todos os cuidados prestados sejam eficazes, seguros e humanizados.

Escolaridade: Superior em Enfermagem

Competências Técnicas:

1. Normas de segurança no trabalho;
2. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação;
3. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde;
4. Gestão de pessoas e processos;
5. Gestão de Custos;
6. Ferramentas da Qualidade;
7. NR- 32 desejável;
8. Pacote Office Intermediário.

Competências Comportamentais:

1. Inteligência emocional;
2. Administração do tempo;
3. Relacionamento humanizado;
4. Visão sistêmica;
5. Foco no resultado;
6. Ética e honestidade;
7. Direcionador de soluções;
8. Foco no cliente interno e externo;
9. Tomada de decisão sob pressão;
10. Gestão de Pessoas;
11. Gerenciador de crise e conflito.

Gerente de SADT

Objetivo da Posição: Garantir a eficiência, qualidade e segurança nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico da unidade, como exames laboratoriais, de imagem (raios X, ressonância magnética, tomografia, etc.), e terapias complementares, assegurando que sejam executados de forma precisa e dentro dos padrões de qualidade.

Escolaridade: Superior em áreas relacionadas à saúde

Competências Técnicas:

9. Normas de segurança no trabalho;
10. Operação de máquinas e equipamentos do campo de atuação;
11. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde;
12. Gestão de pessoas e processos;
13. Gestão de Custos;
14. Ferramentas da Qualidade;
15. NR- 32 desejável;
16. Pacote Office Intermediário.

Competências Comportamentais:

17. Inteligência emocional;
18. Administração do tempo;
19. Relacionamento humanizado;
20. Visão sistêmica;
21. Foco no resultado;
22. Ética e honestidade;
23. Direcionador de soluções;
24. Foco no cliente interno e externo;

25. Tomada de decisão sob pressão;

26. Gestão de Pessoas;

27. Gerenciador de crise e conflito.

3.2.2 - Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência.

Documentos disponíveis no ANEXO da Proposta de Trabalho

a) Experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuarão na unidade, com documento comprobatório do interesse do titular.

Documentos disponíveis no ANEXO da Proposta de Trabalho

b) Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento. (Policlínicas/AME/clínicas especializadas, etc).

Documentos disponíveis no ANEXO da Proposta de Trabalho

3.3 - Implementação de Serviços e Funcionamento da Equipe Interdisciplinar

3.3.1 - Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário

Setores

- Ambulatório médico especializado;
- SADT;
- Serviço de Terapia Renal Substitutiva.

Atendimento médico especializado – Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Interconsulta e Consulta Subsequente. Serão realizadas consultas médicas bem como procedimentos ambulatoriais (intervenções sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar). Abaixo apresentamos o quantitativo mensal de plantões de especialistas. **Todos os médicos do Ambulatório terão vínculo PJ.**

Funcionamento do Ambulatório - De segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual (CRE).

Especialidade	Consultas por mês	Horas por mês	Plantões de 6h por mês	Valor por plantão de 6h
Anestesiologia	170	56,7	10	1950,00
Angiologia/Vascular	60	20,0	4	3900,00
Cardiologia	170	56,7	10	2310,00
Coloproctologista	100	33,3	6	1980,00
Clínico Geral	50	16,7	3	1020,00
Clínico (serviço especializado processo transexualizador)	5	1,7	1	2040,00
Dermatologia	150	50,0	9	1590,00
Endocrinologia	200	66,7	12	2340,00

Gastroenterologia	70	23,3	4	1590,00
Ginecologia	90	30,0	5	1410,00
Ginecologia (serviço especializado processo transexualizador)	5	1,7	1	2820,00
Hematologia	40	13,3	3	6180,00
Infectologia	20	6,7	2	1710,00
Infectologia SAE	10	3,3	1	1710,00
Mastologia	90	30,0	5	1590,00
Nefrologia	100	33,3	6	1755,00
Neurologia	170	56,7	10	1510,00
Obstetrícia (Pré-natal de alto risco)	20	6,7	2	1980,00
Oftalmologia	450	150,0	25	3480,00
Ortopedia/Traumatologia	180	60,0	10	1410,00
Otorrinolaringologia	300	100,0	17	3660,00
Pediatria	60	20,0	4	2220,00
Pneumologia	110	36,7	7	2340,00
Psiquiatria	40	13,3	3	1590,00
Psiquiatria (serviço especializado processo transexualizador)	5	1,7	1	3180,00
Reumatologia	170	56,7	10	1590,00
Telemedicina para matriciamento da atenção primária	30	10,0	2	1020,00
Urologia	130	43,3	8	2220,00
Urologia (serviço especializado processo transexualizador)	5	1,7	1	3180,00

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo e Interno é conjunto de exames e ações de apoio terapêutico que será disponibilizado à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos os procedimentos regulados pelo Complexo Regulador Estadual ou por demanda interna. **Todos os médicos do SADT terão vínculo PJ.**

Funcionamento do SADT - De segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual (CRE).

Exame	Qtde/ mês SADT externo	Qtde/ mês SADT interno	Valor por laudo	Exames ou laudos por hora	Valor médico plantão de 6h	Qtde de plantões de 6h por mês
Audiometria / Otorrinolaringologista	5	6824		1	3660,00	
Cistoscopia / Urologista	5	0		1	2340,00	1
Colonoscopia / Endoscopista	100	0		2	1950,00	9
Colposcopia / Ginecologista	10	0		4	2310,00	1
Densitometria óssea / Radiologista	90	0	57,60			
Doppler Vascular / Cirurgião Vascular	80	0			3900,00	7
Ecocardiografia / Cardiologista	50	12		4	2340,00	3
Eletrocardiografia / Cardiologista	10	5	12,00			
Eletroencefalograma / Neurologista	15	73	13,20			
Eletroneuromiografia / Neurologista	40	9		2	1950,00	5
Endoscopia / Endoscopista	120	0		3	1950,00	7
Espirometria / Pneumologista	50	11	32,40			
Exames oftalmológicos / Oftalmologista	0	1400		6	3480,00	39
Holter / Cardiologista	50	0	38,40			
Mamografia / Radiologista	100	0	36,80			

MAPA / Cardiologista	50	5	36,00			
PAAF mama / Mastologista	5	0		1	2340,00	1
Punção aspirativa agulha grossa	5	0		1	2340,00	1
PAAF tireoide / Otorrinolaringologista	10	0		1	2340,00	2
RX / Radiologista	90	128	12,60			
Teste ergométrico / Cardiologista	60	0		2	2340,00	5
Tomografia / Radiologista	150	118	168,00			
Ultrassonografia / Radiologista	150	276		4	3795,00	18
Urodinâmica / Urologista	5	0	50,00	1	2550,00	1
Videolaringoscopia / Otorrinolaringologista	10	0		2	1950,00	1

O Serviço de Terapia Renal Substitutiva (TRS) compreende os tratamentos utilizados em pacientes nos quais a função renal esteja reduzida a ponto de impedir a manutenção adequada da homeostase e será disponibilizado à pacientes que que possuem a necessidade desse serviço devendo ser regulado pelo Complexo Regulador Estadual.

Funcionamento da TRS - De segunda a sexta-feira das 07h às 23h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual (CRE).

Especialistas	Horas por dia	Frequência	Total sessões / treinamentos por mês	Valor
Nefrologista RT	6	6x/semana	NA	34.990,00 por mês
Nefrologista diarista para hemodiálises	18	6x/semana	624	3.510,00 por plantão de 6h
Nefrologista para treinamento de DP	6	2x/semana	40	3.510,00 por plantão de 6h

3.3.2 - Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para o ambulatório

LOGO	PROTOCOLO	Código: XXX.XXX.XX
		Data XX/XX/XX
	PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS ASSISTENCIAIS DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO- FORMOSA	Revisão: X
		Páginas: X

OBJETIVOS

Este serviço possui os seguintes objetivos:

Estabelecer critérios para uma adequada gestão dos processos assistenciais de atenção Médica e Rotinas Assistenciais da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa;

Gerenciar a oferta do atendimento multiprofissional desenvolvido em consultas e procedimentos assistenciais eletivos nas diversas especialidades disponibilizadas na Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa.

ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os pacientes que requerem marcação para uma atenção especializada na Policlínica para atendimento a nível ambulatorial em Consultas eletivas, SADT e procedimentos realizáveis a nível ambulatorial eletivo, regulado.

RESPONSABILIDADES

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, 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;

- Elaborar, implantar e avaliar manuais técnicos, regimento interno, as normas e rotinas de serviço de regulação ambulatorial, revisando-as quando necessário, visando à melhoria do apoio prestado a área assistencial e administrativa;
- 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 deles;
- Manter-se integrado com todos os serviços da Policlínica Estadual, 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 da Policlínica Estadual;
- 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

No âmbito da unidade pela adequada gestão da atividade ambulatorial:

- Aprovar o planejamento de agendas, garantindo o cumprimento das atividades;
- Pelo estabelecimento e cumprimento de metas contratualizadas;

- Por estabelecer e avaliar, conjuntamente com o Gestor a normatização dos fluxos de informação sobre consultas e outras atividades ambulatoriais, garantindo a confiabilidade dos dados.

Serviços de Regulação – Núcleo Interno de Agendamento

- 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;
- Pelo encaminhamento dos pacientes aos Serviços de Referência;
- Pela elaboração dos relatórios clínicos de acompanhamento e alta dos pacientes atendidos no ambulatório.

Administrativo – 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.

DEFINIÇÕES E NOMENCLATURAS

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 CONSULTA:

- **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".
- **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.

Anulação ou desprogramação de uma consulta agendada: É o cancelamento dela. 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 (Consultórios/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.

GESTÃO DE CONSULTAS NA POLICLÍNICA ESTADUAL

A Unidade de Regulação Assistencial é responsável pela programação, configuração e gestão das grades de consultas na Policlínica Estadual.

Programação e Agendamento de Primeira Consulta

Inclui mensalmente no sistema as vagas ofertadas de primeiras consultas na Policlínica. 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 própria Policlínica quando o profissional especialista indique esta necessidade, o Núcleo Interno de agendamento 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 no Núcleo Interno de agendamento 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 maximizar a eficiência das consultas.

Tempo das Consultas

O tempo sugerido para primeiras consultas conforme protocolo definido pelo IMED, será de trinta minutos e para os retornos vinte minutos em média. 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" na Unidade de Regulação que poderá realizar a gestão, alterando e remanejando para 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.

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 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 AGENDAS

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 ao fluxo de encaminhamento da Secretária do Estado de Goiás.

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 por 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 Novas Agendas

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 Agendas

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 do paciente efetuar o agendamento na Central de Marcação de Consultas

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL – POLICLÍNICA ESTADUAL

Fluxo de Encaminhamento pelo Médico Assistente/Solicitante

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 ou cuja demora implique em quebra do acesso a outros procedimentos como, por exemplo: a realização de cirurgias.

Todas as gestantes, se patologias relacionadas à gestação.

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.

A descrição da Classificação de Risco no Módulo Ambulatorial segue o seguinte desenho:

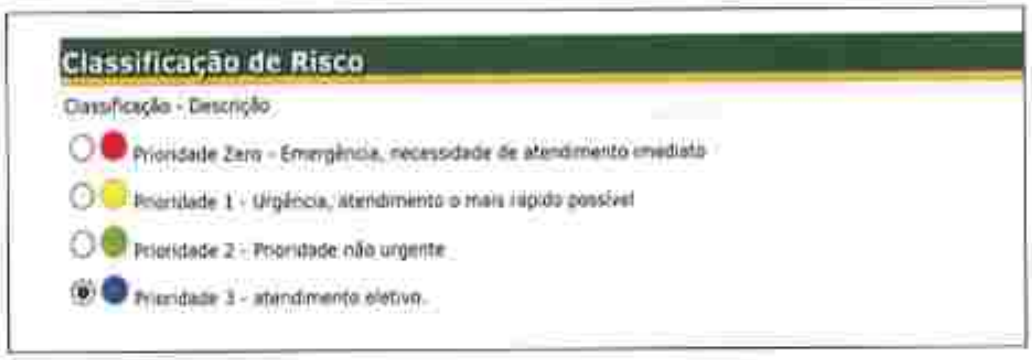


Figura 1: Classificação de Risco no Módulo Ambulatorial.

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:

Quadro 1: classificação de prioridade de atendimento			
Grau de Prioridade	**Encaminhamento**	**Motivos**	**Exemplos**
Prioridade 1 (P1)	**Urgência**	Pacientes que necessitam atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações.	Hemorragias sem repercussão hemodinâmica, dor importante, emagrecimento, anemia.
Prioridade 2 (P2)	**Eletivo prioritário**	Pacientes que necessitam atendimento médico num curto período.	Investigação de dor crônica.
Prioridade 3 (P3)	**Prioridade não urgente**	São situações clínicas sem gravidade que necessitam um agendamento eletivo.	Esteatohepatite.
Prioridade 4 (P4)	**Eletivo**	Pacientes que necessitam atendimento médico eletivo não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica.	Constipação, Diabetes compensado.

O Processo completo retrata o itinerário a ser percorrido por um paciente na **Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa**. Ele é composto pelos pontos assistenciais (unidades de saúde) e pelo processo de cuidado, descrito como macroatividades.

Dentro das macroatividades temos:

Hipótese diagnóstica: realizada no primeiro ponto assistencial em que opaciente se apresenta (porta de entrada).

Confirmação diagnóstica: ponto em que se é capaz de confirmar o diagnóstico.

Regulação/transferência: situações nas quais o cuidado é referenciado para outra unidade de saúde.

Planejamento terapêutico: o paciente recebe o tratamento integral neste ponto assistencial.

Prevenção secundária: de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde.

O processo assistencial ocorre de forma multidirecional, de acordo com critérios de encaminhamento, com base em parâmetros clínicos, para encaminhamentos para clinicas especializadas, conforme capacidade estrutural de atendimento da Policlínica Estadual de Formosa, mantendo o vínculo com a unidade de origem/referência na Atenção Primária.

Descreveremos abaixo as principais linhas de cuidados e protocolos para atendimento na clinica Médica, que através da avaliação clínica sistematizada, referenciará os respectivos pacientes para as respectivas especialidades clinicas existentes na **Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa**.

PROTOCOLO DA CARDIOLOGIA - ADULTO

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Hipertensão arterial sistêmica (HAS) ;
- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) descompensada;
- Doença arterial coronariana (DAC);
- Dor torácica/precordialgia;
- Sopros/ valvulopatias;
- Parecer cardiológico – pré-operatório;
- Miocardiopatia;
- Arritmias;
- Avaliação cardiológica para populações acima de 45 anos com fatores de risco não compensados na atenção básica;
- Avaliação para atividade física em grupos específicos;
- Marcapasso (agenda específica).

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS

- Avaliação para atividade física, exceto nos grupos específicos deste protocolo;
- HAS de diagnóstico recente, leve, sem complicações ou doenças associadas.

Encaminhar imediatamente a uma UPA ou emergência hospitalar

- ICC descompensada;
- Insuficiência respiratória ou sinais de baixo débito;
- Angina instável ou suspeita de infarto agudo do miocárdio (IAM);
- Alterações do ritmo com sinais de instabilidade hemodinâmica.

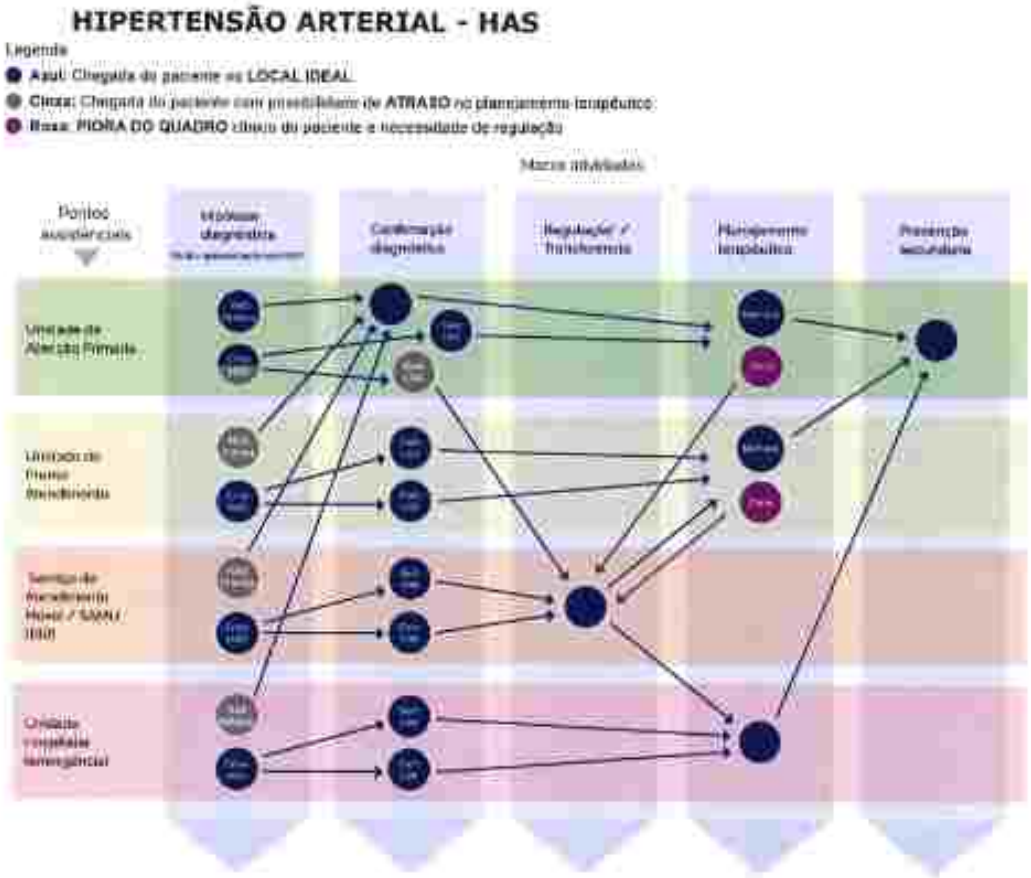


Figura 2: Processo completo da linha de cuidado do adulto com HAS.

Unidade: Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa.

Equipe multidisciplinar mínima: médico (Clínico) e enfermeiro.

Equipe multidisciplinar .

Disponibilizar local para realização de exames laboratoriais: colesterol total plasmático, HDL-colesterol plasmático, triglicerídeos plasmáticos, creatinina plasmática, EAS/urina tipo 1/EQU, potássio plasmático, relação albuminúria: creatininúria (RAC) ou albuminúria de 24h, ácido úrico plasmático, glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose (75g; após 2h), hemoglobina glicada, TSH,T3, T4 livre, PTH, cálcio sérico, GH basal e durante teste de tolerância oral à glicose, atividade plasmática da renina, aldosterona sérica, metanefrinas urinárias, teste de supressão do cortisol (1mg, soro), MAPA 24h, teste ergométrico, eletrocardiograma em repouso, radiografia de tórax, ecocardiograma transtorácico, ultrassonografia de aparelho urinário, ultrassonografia renal com doppler, angiografia porressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada renal ou arteriografia renal, polissonografia, TGO, TGP, TP (INR), bilirrubina total e frações,GGT, fosfatase alcalina.

HAS CRÔNICA

Consiste em uma condição clínica multifatorial, geralmente não associada a sintomas, caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos sistólicos ≥ 140 mmHg e/ou diastólicos ≥ 90 mmHg.



Vermelho
- Alerta: Hipertensão - PA ≥ 140/90 mmHg

Amarelo
- Atenção: Pré-hipertensão - PA entre 121-139/81-89 mmHg

Verde
- Livre: **Normal** - PA ≤ 120/80 mmHg

Figura 3: Semáforo da Pressão Arterial (PA)

Sempre que possível, o diagnóstico de HAS deve ser estabelecido em mais de uma visita médica. Geralmente de 2 a 3 visitas com intervalos de 1 a 4 semanas (dependendo do nível de pressão arterial). O diagnóstico é feito em uma única visita se a PA do paciente estiver maior ou igual a 180/110 mmHg e houver evidência de doença cardiovascular.

Sempre que possível, incluir a medição da PA fora do consultório, tanto para diagnóstico quanto para avaliação de pacientes com PA elevada com tratamento

otimizado com a especialidade medica de cardiologia da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa (vide figura 4).

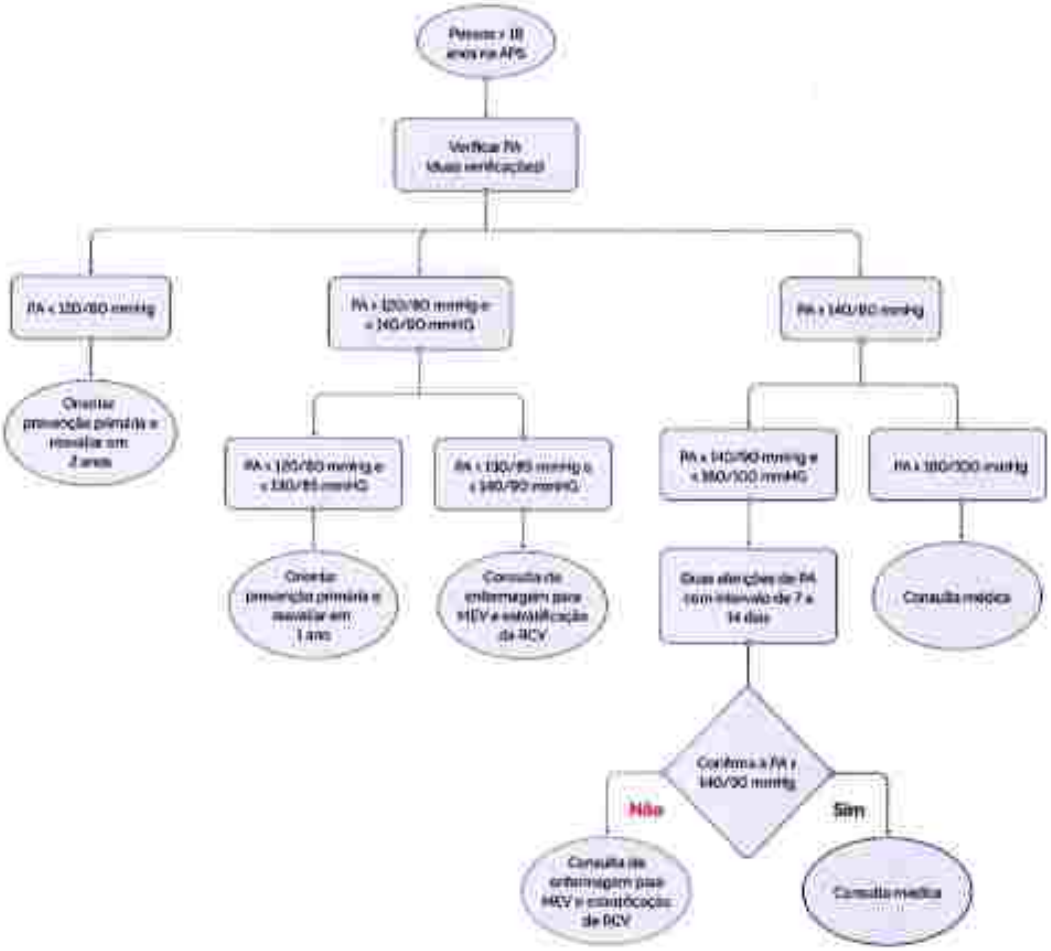


Figura 4 – Fluxograma de rastreamento para diagnóstico de HAS

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC)

Conceitos

Definição de insuficiência cardíaca:

Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, na qual o coração incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares, ou pode fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento. Tal síndrome pode ser causada por alterações estruturais ou funcionais cardíacas e caracteriza-se por sinais e sintomas típicos, que resultam da redução no débito cardíaco e/ou das elevadas pressões de enchimento no repouso ou no esforço.

Diagnóstico de insuficiência cardíaca

A IC é uma síndrome complexa, com alteração da função cardíaca, o que resulta em sintomas e sinais de baixo débito cardíaco e/ou congestão pulmonar ou sistêmica, em repouso ou aos esforços. Uma história clínica e um exame físico detalhados devem ser feitos em todos os pacientes em busca dos principais sinais e sintomas de IC.

Ecocardiograma

O ecocardiograma transtorácico é exame de imagem de escolha para o diagnóstico e o seguimento de pacientes comsuspeita de IC.

Peptídeos natriuréticos:

Dentre os diversos biomarcadores estudados em IC, destacam-se os peptídeos natriuréticos BNP e NT-proBNP, cujo papel no diagnóstico de IC está bem estabelecido em pacientes com IC crônica ambulatoriais.

DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

O termo SCA (Síndrome Coronariana Aguda) é empregado nas situações em que o paciente apresenta evidências clínicas e/ou laboratoriais de isquemia miocárdica aguda, produzida por desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio para o miocárdio, tendo como causa principal a instabilização de uma placa aterosclerótica.

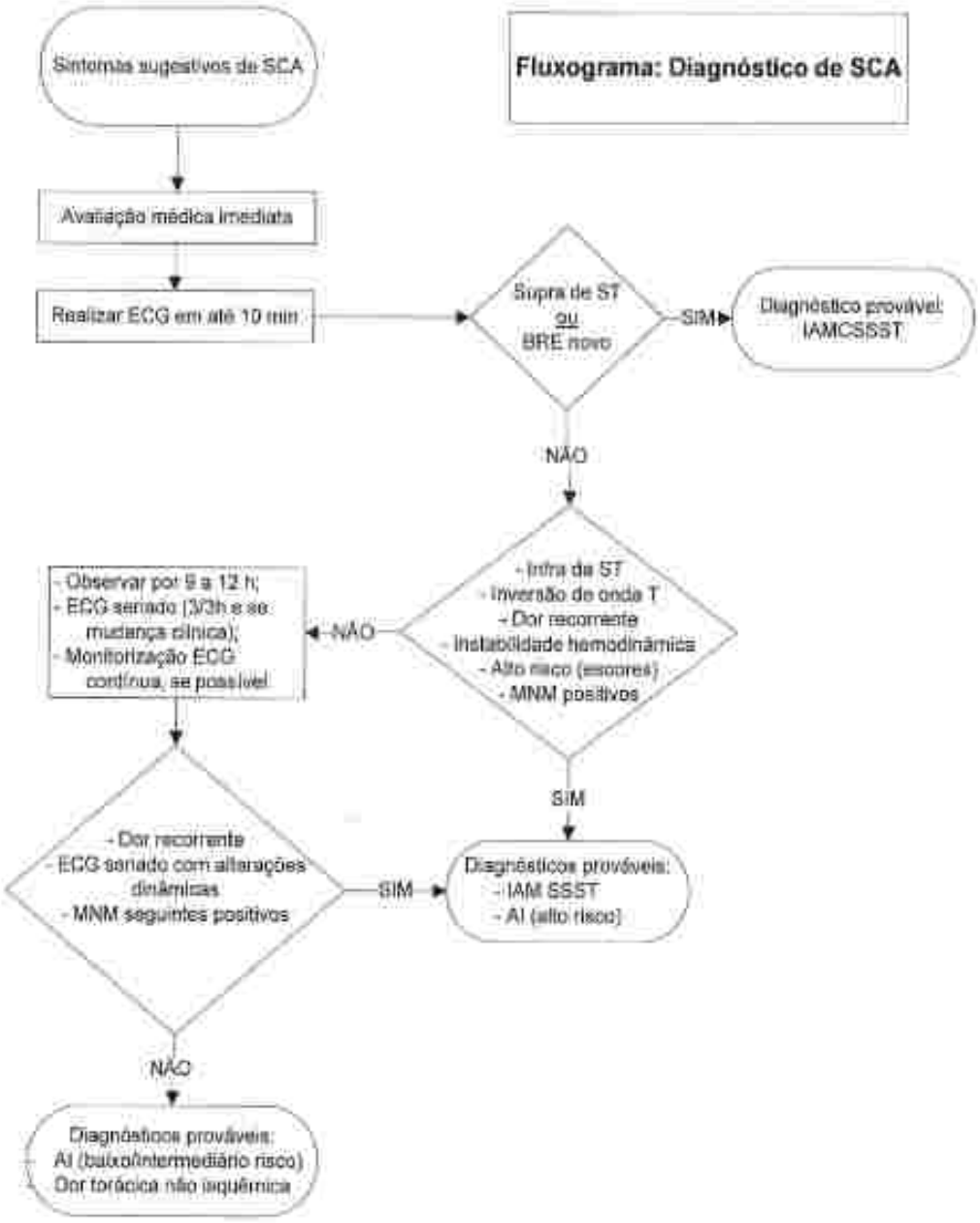


Figura 5: Fluxograma de diagnóstico de SCA

Quadro 2: Diagnóstico de SCA

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA			
Anamnese	Dor típica	Qualidade	Desconforto difuso, constritiva ou em peso
		Localização	Retroesternal
		Irradiação	Ombro, braço E, braço D, pescoço ou mandíbula
		Não alterada por	Posição, movimento, palpação
		Início	Geralmente em repouso

		Sinais e sintomas associados	Sudorese, náuseas, vômitos ou Dispnéia
	Sintomas atípicos	Mal estar, indigestão, dor epigástrica e sudorese, principalmente em idosos e em portadores de diabete melito (DM).	
	Fatores de risco	Tabagismo, HAS, dislipidemia, DM e história familiar de DAC precoce (homem < 55 e mulher < 65 anos).	
ECG	IAMCSST	Supradesnivelamento ST em 2 ou mais derivações consecutivas (>1mm nas derivações periféricas ou >2mm nas precordiais) **ou**	
		BCRE novo ou presumivelmente novo	
	SCASSST	Incaracterístico	
		Infradesnivelamento ≥ 0,5 mm em duas ou mais derivações consecutivas	
		Inversão T ≥ 2mm em derivações sem onda Q	
MNM (marcadores de necrose miocárdica)	Troponina	Na admissão	VN = acima do percentil 99 do *kit* Utilizado
		Após 9-12h da dor	
	ou CK-MB	Na admissão	VN = acima do percentil 99 do *kit* Utilizado
		Após 6 – 9h da dor	
		Após 12h da dor	

VALVULOPATIAS

Também chamada de valvulopatia cardíaca, é um conjunto de doenças que afetam as válvulas cardíacas, principalmente a válvula mitral, que separa o átrio esquerdo do ventrículo esquerdo, ou a válvula aórtica, e ocorre devido ao endurecimento das válvulas, dificultando o trabalho do coração em bombear o sangue para todas as partes do corpo, o que pode levar ao desenvolvimento de outros problemas como insuficiência cardíaca, arritmia ou até parada cardíaca.

Diagnóstico

É feito com base no histórico clínico e através de exames como raio-x, eletrocardiograma, ecocardiograma, tomografia computadorizada ou ressonância magnética para avaliar o funcionamento do coração. Além disso, pode ser solicitado o teste ergométrico ou teste de esforço físico, para avaliar o funcionamento do coração durante o esforço físico.

Tratamento

O tratamento deve ser orientado pelo cardiologista e depende da gravidade da doença e dos sintomas, tendo como objetivo proteger a válvula cardíaca de mais danos, diminuir os sintomas ou reparar a válvula.

Geralmente, é indicado o uso de diuréticos, antiarrítmicos, betabloqueadores, vasodilatadores ou anticoagulantes, para melhorar os sintomas de inchaço, palpitações cardíacas ou falta de ar, por exemplo. No caso da valvulopatia ter sido causada por uma infecção, o médico também pode receitar antibióticos.

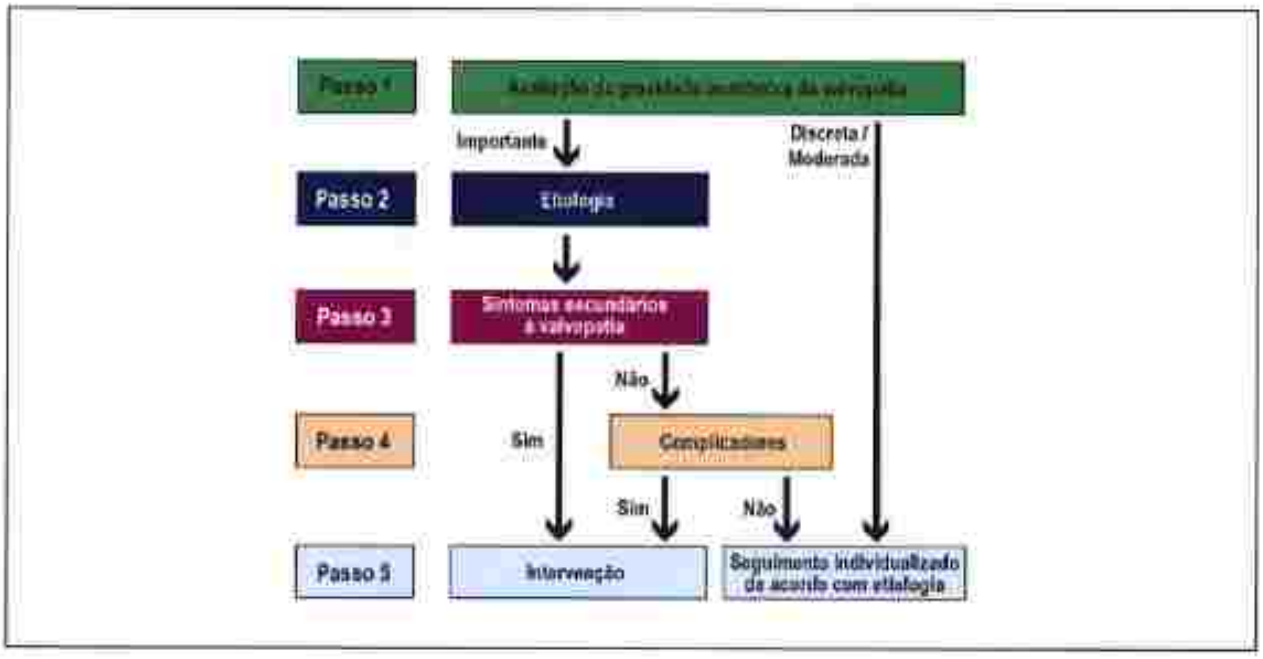


Figura 6: Fluxograma de atendimento ao paciente com valvulopatias.

ARRITMIA

É caracterizado como um distúrbio do ritmo cardíaco que provoca a sensação de que o coração deixou de dar uma batida, tal situação é decorrente de distúrbios de condução que são comuns no paciente idoso e configuram importante causa de atendimentos de urgência e hospitalização neste grupo etário.

Uma das manifestações clínicas da arritmia pode ser a síncope no idoso. Esta tem etiologia multifatorial, sendo comum a hipotensão postural (ortostática; HO), secundária a arritmias graves.

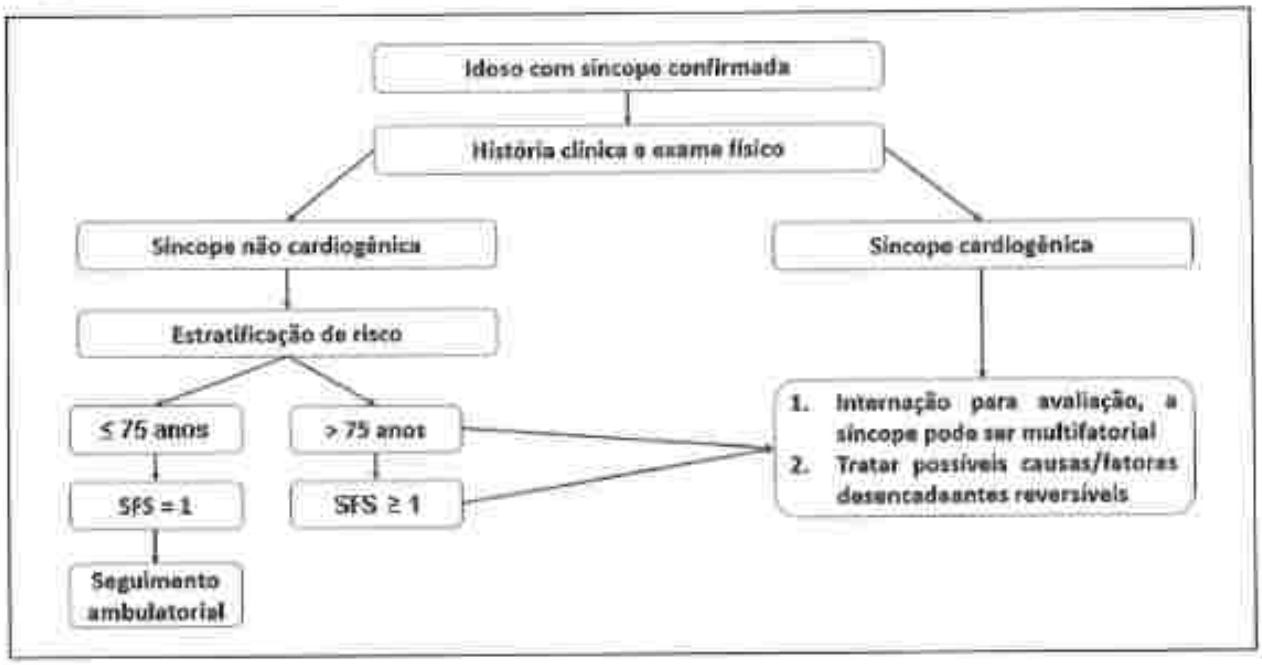


Figura 7: Fluxograma de investigação da síncope no idoso.

Tratamento

O tratamento da síncope no idoso deve ser multifatorial, com uma abordagem que alcance vários dos componentes que possam estar envolvidos com o evento sincopal. Os casos de síncope cardiogênica em nada diferem da abordagem nos pacientes mais jovens.

PROTOCOLO CIRURGIA GERAL - ADULTO

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE);

Acalasia;

Divertículos esofágicos;

Nódulos pancreáticos;

Doenças da vesícula biliar (litíase, pólipo).

Coledocolitíase

Tumores de esôfago, estômago, pâncreas;

Hérnia de parede abdominal;

Hérnia umbilical;

Hérnia inguinal;

Hérnia femoral.

Encaminhar para cirurgia de fígado e vias biliares

Nódulos hepáticos com indicação cirúrgica: adenoma, hepatocarcinoma ou nódulos que necessitem esclarecer a etiologia;

Tumores de fígado e vias biliares;

Cisto hepático volumoso (maiores de 5 cm) ou associado à dor ou septações.

Biópsia hepática de estadiamento em casos de Hepatites B ou C ou suspeita de autoimunidade

Encaminhar para proctologia

Doenças orificiais: hemorroidas, fissura e fístula anal;

Reconstrução de trânsito intestinal ou fechamento de colostomia;

Cisto pilonidal;

Tumores de cólon.

Obs: Deve ser enviada solicitação com cópia dos exames do paciente via email para a Central de Regulação Estadual para avaliação e agendamento;

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS

Refluxo gastroesofágico leve/moderado;

Colelitíase assintomática;

Pólipos de vesícula biliar menores que 5 mm;

Isto hepático simples menores de 5 cm sem septações ou sem presença de massa concomitante, assintomático.

Encaminhar imediatamente a uma UPA ou emergência hospitalar

Abdome agudo;

Colecistite aguda;

Pancreatite aguda;

Colangite;

Hérnia encarcerada ou estrangulada.

DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE)

Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), é definida como sendo a condição que se desenvolve quando o refluxo do conteúdo gástrico causa sintomas e/ou complicações. É uma das causas mais frequentes de consultas gastroenterológicas em pacientes ambulatoriais, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida dos seus portadores.

No contexto da Atenção Básica, podem ser enfatizadas as medidas comportamentais do tratamento da DRGE (1-4), quais sejam (Grau de Recomendação B):

- Elevação de 15 cm da cabeceira da cama;
- Moderar a ingestão dos seguintes alimentos na dependência da correlação com sintomas: cítricos, café, bebidas alcoólicas e ou gasosas, menta, hortelã, tomate, chocolate;
- Cuidados especiais com medicamentos potencialmente "de risco" (que podem piorar o quadro clínico): anticolinérgicos, teofilina, bloqueadores dos canais de cálcio, alendronato;
- Evitar deitar-se nas duas horas posteriores às refeições;
- Evitar refeições copiosas;
- Suspensão do fumo;
- Redução do peso corporal em obesos.

Diagnóstico

Além da avaliação clínica e dos sintomas o médico poderá solicitar a realização de exames mais específicos:

- Teste terapêutico medicamentoso: pode ser considerado o uso de medicamentos que reduzem a acidez do estômago em pacientes que apresentam sintomas esofágicos típicos. Havendo resposta, o diagnóstico de DRGE é considerado positivo, e o tratamento é mantido por 4 a 8 semanas;

- pHmetria e Impedância-pHmetria Esofágica de 24 horas: usando uma sonda inserida pela narina até o esôfago, o exame, com o auxílio de um aparelho de monitoramento acoplado à cintura do paciente, registra e quantifica os episódios de refluxo ao longo de 24 horas. Além de mensurar os níveis de acidez do esôfago, fornece dados para análise da relação entre os sintomas e as ocorrências de refluxo. Essa técnica auxilia no diagnóstico de pacientes com sintomas pouco comuns, como problemas respiratórios, e no tratamento de pacientes que não obtiveram resolução completa dos sintomas com as intervenções terapêuticas anteriores;

- Raio X Contrastado do Esôfago-Estômago-Duodeno (Estudo Contrastado de Esôfago-Estômago-Duodeno – EED): trata-se de uma série de radiografias do sistema digestivo superior (da boca ao começo do intestino) realizadas após a ingestão de uma solução de bário, um líquido branco que permite que os órgãos do sistema digestivo sejam visualizados pelo raio X. Esse exame pode ser solicitado quando existe suspeita de alguma alteração da anatomia que facilita a ocorrência do refluxo gastroesofágico, como hérnia hiatal, membrana duodenal, estenose esofágica, acalasia (distúrbio neuromuscular no esôfago) e anel vascular;

- Endoscopia Digestiva Alta com Biópsia: realizado sob sedação, esse exame envolve a passagem pelo esôfago de um tubo flexível acoplado a uma câmera. Durante o procedimento, é extraída uma amostra de tecido para análise laboratorial. Esse recurso é usado quando há suspeita de complicações do refluxo (estenose ou esôfago de Barret) ou para diagnosticar outras condições que podem ser confundidas com o refluxo, como a hérnia hiatal, esofagite eosinofílica e esofagite infecciosa.

Tratamento

Para definir a melhor abordagem terapêutica, o médico levará em conta o quadro clínico do paciente e o tipo de refluxo. O tratamento costuma envolver medidas

alimentares e comportamentais e pode incluir o uso de medicamentos que diminuem a acidez estomacal. Apenas alguns casos mais graves exigirão cirurgia.

Dieta

Fracionamento das refeições em porções menores ao longo do dia, mantendo a quantidade total diária. Alimentos que pioram os sintomas, como chocolates, refrigerantes, bebidas cafeinadas, frituras, alimentos gordurosos, embutidos, alimentos apimentados e sucos ácidos devem ser evitados. Não tomar líquidos na hora das refeições. Evitar as refeições tardias. Ir dormir com o estômago cheio pode piorar o refluxo.

Medidas posturais

É recomendável elevar a cabeceira da cama de 15 a 30 cm e, se possível, deitá-la para o lado esquerdo. Mas atenção: esse procedimento não deve ser adotado no caso de bebês, que devem dormir sempre de barriga para cima, devido ao risco de morte súbita, e sem elevação da cabeceira do berço.

Ambiente

Evitar exposição à fumaça de cigarro.

Terapia com medicamentos

Antiácidos como o hidróxido de alumínio podem ser usados pontualmente para aliviar sintomas, como a azia (queimação). Contudo, o uso não deve ser por um período prolongado;

Medicamentos como omeprazol, pantoprazol, esomeprazol e ranitidina são opções de primeira linha para controlar o nível de acidez estomacal.

Tratamento cirúrgico

A fundoplicatura, ou fundoplicação de Nissen, é a cirurgia mais indicada quando existem complicações graves relacionadas à doença do refluxo gastroesofágico. Realizado por via laparoscópica ou laparotômica, esse procedimento visa criar uma barreira antirrefluxo, por meio de pequenas costuras entre o esôfago e o estômago.

ACALASIA

É um distúrbio de motilidade esofágica congênito caracterizado por peristaltismo esofágico defeituoso e falta de relaxamento do esfíncter esofágico inferior durante a deglutição. Os sintomas costumam ser disfagia de progressão lenta, geralmente tanto para sólidos quanto para líquidos, e regurgitação de alimento não digerido. A avaliação classicamente é feita por manometria, esofagograma com ingestão de bário e endoscopia. O tratamento é feito com dilatação, injeção de toxina botulínica, miotomia cirúrgica e miotomia endoscópica peroral.

Sinais e Sintomas: Acalasia acontece em qualquer idade, mas em geral começa dos 20 aos 60 anos. O começo é insidioso e a progressão gradual se dá durante meses ou anos. A disfagia tanto para sólidos quanto para líquidos é o principal problema. A regurgitação noturna de comida não digerida acontece em cerca de 33% dos pacientes e pode causar tosse e aspiração pulmonar. A dor torácica é menos comum, mas pode ocorrer com a deglutição ou espontaneamente. Ocorre perda ponderal leve a moderada. Quando a perda ponderal é pronunciada, particularmente em pacientes idosos cujos sintomas de disfagia se desenvolveram rapidamente, a acalasia secundária a um tumor da junção gastroesofágica deve ser considerada:

Manometria esofágica;

Esofagograma com bário;

Endoscopia digestiva alta.

Manometria esofágica: Exame diagnóstico preferido para acalasia. Esse exame mostra relaxamento incompleto do EEI com uma média de pressão integrada de relaxamento ≥ 15 e 100% de peristaltismo falho.

Esofagograma com bário : Teste complementar frequentemente feito durante a fase inicial dos testes e que pode mostrar ausência das contrações peristálticas progressivas durante a deglutição. O esôfago costuma estar dilatado, frequentemente enorme, mas se estreita e tem a forma de bico de pássaro no EEI.

Esofagoscopia: Seus achados incluem dilatação esofágica ascendente e alterações crônicas de estase na mucosa, mas nenhuma lesão obstrutiva. Um "estalo" clássico é muitas vezes ouvido quando o esofagoscópio atravessa o estômago.

Tratamento

- Dilatação pneumática por balão do EEI;
- Miotomia cirúrgica do EEI;
- Miotomia endoscópica peroral;
- Às vezes, injeção de toxina botulínica.

DIVERTÍCULO ESOFÁGICO

O divertículo esofágico consiste na exteriorização da mucosa através da camada muscular do esôfago. Pode ser assintomático ou causar disfagia e regurgitação. O diagnóstico é feito por exame contrastado com bário. Reparo cirúrgico é raramente necessário.

Existem vários tipos de divertículos esofágicos, cada um de diferentes origens:

- Divertículos de Zenker (faríngeos) consistem em exteriorização posterior da mucosa e submucosa através do músculo cricofaríngeo, provavelmente como resultado de uma incoordenação entre a propulsão faríngea e o relaxamento do cricofaríngeo;
- Divertículos do esôfago médio (tração) são causados pela tração resultante de lesões inflamatórias mediastinais ou, de maneira secundária, por doença de motilidade esofágica;
- Divertículos epifrênicos ocorrem logo acima do diafragma e em geral acompanham um distúrbio de motilidade (p. ex., acalasia, espasmo esofágico difuso).

Sintomas

Um divertículo de Zenker se enche de alimento que pode ser regurgitado quando o paciente se curva ou se deita. Pneumonite aspirativa pode ser secundária a regurgitação noturna. Raramente, a bolsa se torna mais larga, causando disfagia e algumas vezes tornando-se palpável no pescoço como uma massa.

Os divertículos de tração e epifrênicos são raramente sintomáticos, embora sua causa de base possa ser.

Diagnóstico

- Exame contrastado com bário;

- Todos os divertículos são diagnosticados por videodeglutograma com bário e frequentemente confirmados na endoscopia alta.

Tratamento

Em geral, nenhum, ocasionalmente, ressecção cirúrgica.

O tratamento específico não é necessário, embora ocasionalmente seja necessária a ressecção para divertículos grandes ou sintomáticos. Os divertículos associados a distúrbios de motilidade necessitam de tratamento do distúrbio de base. Por exemplo, relatos de caso sugerem realizar uma miotomia do cricofaríngeo durante a resseção do divertículo de Zenker. Há também opções emergentes de tratamento endoscópico para diverticulectomia.

NÓDULO PANCREÁTICO

O pâncreas é um órgão que está localizado na parte abdominal superior. O órgão exócrino produz uma secreção com importantes funções digestivas, constituídas por enzimas que degradam carboidratos, lipídios e proteínas. A produção diária é superior a um litro. Já o pâncreas da parte endócrina produz um hormônio que se denomina insulina que é produzida nas ilhotas de Langherans. A insulina é responsável por auxiliar a glicose a penetrar na célula e consequentemente manter os níveis de glicose na corrente sanguínea.

Os Nódulos que podem aparecer nesta área, geralmente não apresentam quaisquer tipos de sintomas quando estão se iniciando, e alguns podem nem precisar de tratamento. Já os casos mais graves, devem ser avaliados criteriosamente por um médico já que podem ser nódulos malignos. Quase sempre os nódulos pancreáticos são mais comuns em pessoas que já possuem uma doença preexistente no local. Por exemplo, isso pode se relacionar a alguém que já teve um caso de pancreatite, diabetes, entre outras.

Sintomas

Como foi dito anteriormente, o nódulo no pâncreas pode não apresentar sintomas inicialmente, mas, quando não há uma investigação e o caso pode ser mais grave, podem ocorrer alguns sintomas desagradáveis como enjoos, náuseas, vômitos, palidez, desconforto abdominal, perda acentuada de peso, anorexia (perda do apetite) dificuldades na alimentação, de acordo com o caso.

Diagnóstico

Para realizar um diagnóstico preciso, o médico deve solicitar alguns exames, mas, inicialmente deve-se realizar uma "anamnese" no paciente. Começar, pela história do mesmo, perguntando se ele já teve alguma doença no pâncreas, como é sua alimentação, se faz uso de bebidas alcoólicas, se há alguém na família que tem ou já teve doença relacionada a este órgão.

O próximo passo será o exame físico verificando a cor da pele do paciente, fazendo palpações, ausculta e percussão no abdome, forma abdominal entre outras. Depois deste processo de anamnese, solicitar os exames laboratoriais para confirmação da suspeita.

Principais Recomendações

1. Punção aspirativa guiada por ecoendoscopia (EUS-FNA) de qualquer lesão cística pancreática maior que 3 cm ou lesões com nódulo epitelial, ducto pancreático principal dilatado, ou massa suspeita.

2. Sugerimos que EUS-FNA é opcional em pacientes assintomáticos, em que exames de imagem transversal demonstram um cisto <3 cm e sem qualquer massa, nódulo epitelial ou ducto pancreático principal dilatado associado.

3. Recomendamos como testes iniciais a serem realizados no fluido aspirado do cisto de pâncreas: CEA, amilase e citologia.

4. Nós sugerimos que a avaliação molecular do fluido do cisto deve ser considerada quando os testes auxiliares iniciais de citologia e CEA forem inconclusivos, e quando os resultados dos testes possam alterar o manejo clínico.

5. Sugerimos a realização de antibioticoprofilaxia em todas as punções ecoguiadas em lesões císticas pancreáticas.

6. CPRE, pancreatoscopia e ultrassom intraductal podem ser úteis no diagnóstico e caracterização de IPMNs que acometem o Wirsung.

DOENÇAS DA VESÍCULA BILIAR.

A colecistite consiste em uma inflamação da vesícula biliar, geralmente decorrente da obstrução do duto cístico .

Diagnostico

- Ultrassonografia ou outros exames de imagem: Os cálculos biliares manifestam com dor característica na parte superior do abdome (provocada por uma vesícula biliar inflamada). Às vezes, os cálculos biliares são detectados quando os exames de diagnóstico por imagem, como a ultrassonografia, são realizados por outros motivos.

A utrassonografia é o exame de escolha. Ela é 95% precisa na detecção de cálculos na vesícula biliar. Ela é menos precisa na detecção de cálculos nos dutos biliares, mas pode mostrar uma dilatação dos dutos decorrente da obstrução.

Outros testes diagnósticos podem ser necessários:

- Ultrassonografia endoscópica (EUS), para a detecção precisa de pequenos cálculos biliares.

- Ressonância magnética (RM) e tomografia computadorizada (TC) para procurar cálculos na vesícula biliar.

- Colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) ou, se a CPRM for inconclusiva, uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) para procurar cálculos nos dutos biliares.

Na ultrassonografia endoscópica (EUS), um endoscópio com um pequeno dispositivo de ultrassonografia na ponta é inserido pela boca até o estômago e intestino delgado. Ele é posicionado perto da vesícula biliar e dutos biliares e pode mostrar imagens de estruturas melhor do que a ultrassonografia padrão.

Com a CPRE, um tubo de visualização flexível (endoscópio) com dispositivos cirúrgicos acoplados é introduzido na boca, passa pelo esôfago e estômago e para dentro do intestino delgado.

Um cateter fino é introduzido no endoscópio, passa pela abertura entre o intestino delgado, o duto biliar comum e os dutos pancreáticos e sobe entrando no duto biliar comum. Um contraste radiopaco, visível nas radiografias, é, em seguida, injetado pelo cateter nos dutos biliares e as radiografias são tiradas para detectar qualquer anormalidade.

São realizados exames de sangue para avaliar a eficiência do

funcionamento hepático e se há lesões. Em geral os resultados são normais, a menos que cálculos estejam obstruindo os dutos biliares. Quando cálculos estão obstruindo os dutos biliares, os resultados são geralmente anormais, sugerindo um acúmulo de bile no fígado. Os resultados frequentemente incluem aumento da bilirrubina e de determinadas enzimas hepáticas.

Tratamento

- Cirurgia para remoção da vesícula biliar (colecistectomia);
- Algumas vezes medicamentos para dissolver cálculos biliares;
- Algumas vezes a remoção de cálculos biliares por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).

Os cálculos biliares que não provocam sintomas (cálculos biliares assintomáticos) não requerem tratamento. Se os cálculos biliares provocarem dor, deve-se também alterar a dieta (por exemplo, para uma dieta hipolipídica).

ABDOME AGUDO

Denomina-se abdome agudo a uma síndrome de dor abdominal súbita e intensa que geralmente (mas nem sempre) leva à cirurgia. Os sintomas muitas vezes não são específicos de uma determinada enfermidade, o que dificulta um diagnóstico preciso.

De maneira geral, o abdome agudo envolve um dos cinco quadros clínicos:

- Abdome agudo inflamatório ou infeccioso: dor leve e imprecisa que piora com o tempo e se torna progressivamente mais localizada;
- Abdome agudo obstrutivo: dor em cólica e vômitos;
- Abdome agudo perfurativo: perfuração de víscera oca com extravasamento de conteúdo para a cavidade abdominal;

- Abdome agudo vascular: dor abdominal intensa, não compatível com o exame físico do paciente;

- Abdome agudo hemorrágico: sangramento hemorrágico espontâneo na cavidade abdominal.

As enfermidades que mais comumente causam abdome agudo são: apendicite, úlcera péptica aguda perfurada, colelitíase (cálculo na vesícula) e suas complicações, pancreatite, isquemia intestinal, diverticulites agudas, rompimento tubário devido à gravidez ectópica e cisto roto de ovário.

A apendicite é a causa mais comum em adolescentes e adultos jovens e as demais causas são mais comuns em indivíduos de maior idade. Além dessas, várias outras condições clínicas podem causar abdome agudo, tais como, abscesso renal, hérnias, doenças ginecológicas, rupturas de aneurisma aórtico etc.

Diagnóstico

O diagnóstico de abdome agudo continua dependendo de uma história clínica completa e minuciosa e de um exame físico cuidadoso. São eles que devem direcionar e sugerir os exames complemetares a serem realizados. A história médica procurará colher o modo de início do quadro e a evolução da condição e, em alguns casos, as ocorrências que o precederam. O exame físico envolverá a observação, percussão, palpação e ausculta do abdome pelo médico assistente.

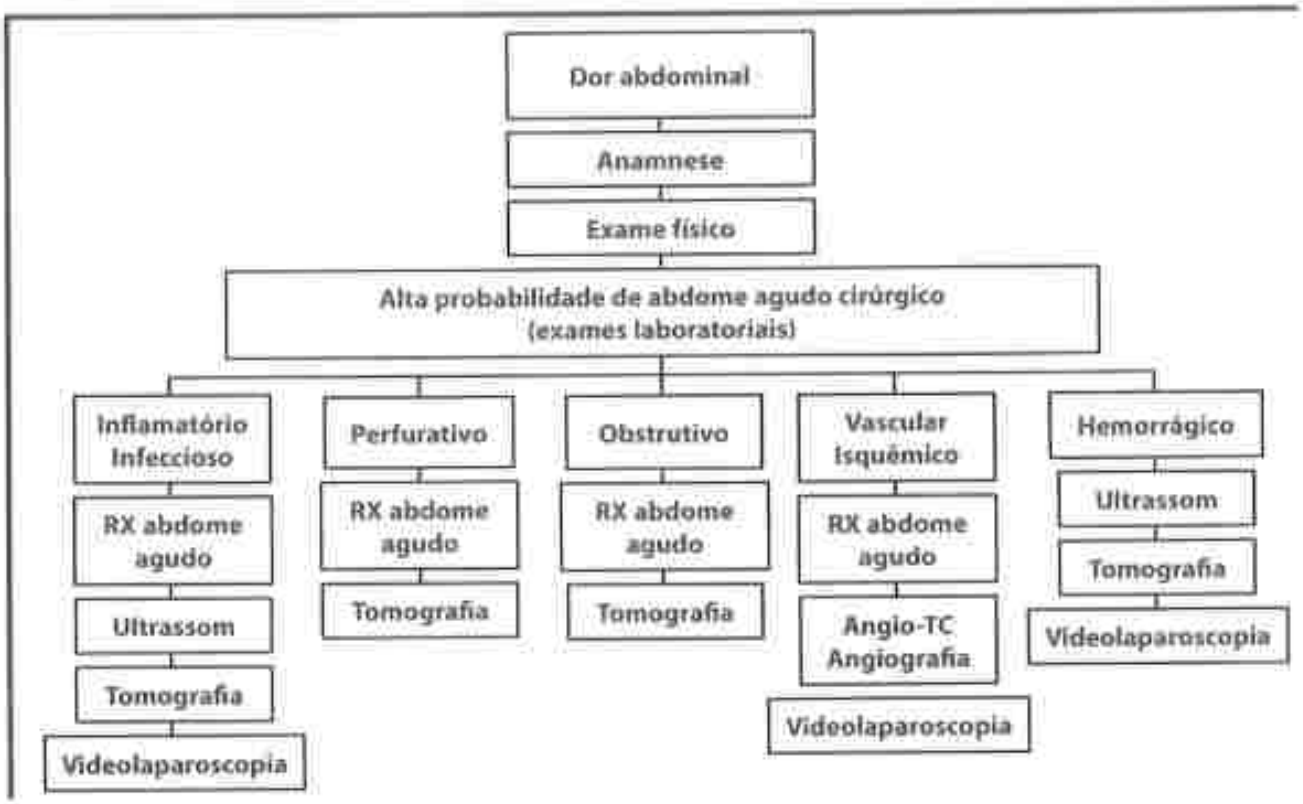


Figura 8: Algoritmo para dor abdominal aguda, preconizado pelo Consenso do XXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia Geral (2005)

Em resumo o tratamento do abdome agudo consiste em:

- **Abdome agudo inflamatório**: o objetivo do tratamento é o controle da causa inflamatória, da infecção e da fonte de contaminação, com exérese do órgão ou da víscera comprometida se necessário, além de realizar drenagens amplas e suturas. O uso de antibioticoterapia de amplo espectro deve ser avaliado de acordo com as condições clínicas de cada paciente.

- **Abdome agudo perfurativo**: o tratamento irá depender do órgão perfurado, do tempo de evolução, da contaminação ou não da cavidade peritoneal e do estado geral do paciente. Na maioria dos casos é realizado tratamento cirúrgico com a sutura simples da perfuração, sendo necessária a lavagem exaustiva da cavidade peritoneal e a drenagem adequada dela. Em outros casos também está indicada a ressecção do segmento perfurado. Se houver contaminação da cavidade peritoneal ao invés de anastomoses deve-se optar pela ileostomia ou colostomia.

- **Abdome agudo vascular ou isquêmico:** geralmente quando o diagnóstico é realizado já

existe necrose de diversos segmentos das vísceras acometidas e então o tratamento cirúrgico consiste em realizar a ressecção da área isquêmica e efetuar a reconstrução do trânsito intestinal. Se houver obstrução arterial deve-se realizar a desobstrução ou a revascularização.

- **Abdome agudo hemorrágico**: o tratamento irá depender da víscera lesada. Podendo ser realizado suturas e hemostasias do órgão lesado ou a sua retirada parcial ou total. Em casos traumáticos deve-se lembrar que pode haver lesão de fígado e baço, sendo que em pacientes estáveis com lesões não extensas pode ser realizado o tratamento clínico conservador, mantendo o paciente sob observação.

O abdome agudo requer rápida intervenção tanto no diagnostico quanto no tratamento.

PANCREATITE AGUDA

Pancreatite aguda é a inflamação aguda do pâncreas (e, algumas vezes, dos tecidos adjacentes). Os fatores desencadeantes mais comuns são cálculos biliares e ingestão de álcool. A classificação do grau da pancreatite aguda é leve, moderada ou grave, de acordo com a existência de complicações locais e a insuficiência transitória ou passageira do órgão. O diagnóstico é feito pela apresentação clínica, dosagem da amilase e lipase séricas e exames de imagem. O tratamento é de suporte, com líquidos, analgésicos e suporte nutricional. Embora a mortalidade geral da pancreatite aguda seja baixa, a morbidade e mortalidade são significativas nos casos graves.

A Classificação Revisada de Atlanta categoriza a pancreatite aguda por tipo e gravidade.

Tipos de pancreatite

Os tipos de pancreatite aguda são:

- Pancreatite intersticial;
- Pancreatite necrosante;

Define-se **pancreatite intersticial** pelo aumento do pâncreas no exame de imagem. O borramento peripancreático pode ser visto e constitui sinal de inflamação. A maioria dos pacientes apresenta esse tipo de pancreatite. A maioria dos casos é autolimitada.

Define-se **pancreatite necrosante** pela existência de necrose pancreática e/ou peripancreática. É mais bem visualizada nos cortes transversais de exames de imagem com contraste. A pancreatite necrosante ocorre em 5% a 10% dos pacientes com pancreatite aguda e está associada a um curso prolongado e mais grave da doença.

Diagnóstico

- Marcadores sorológicos (amilase ou lipase);
- Exames de imagem.

Deve-se suspeitar da pancreatite quando houver dor abdominal intensa, em especial nos indivíduos com história de uso abusivo de álcool ou de cálculos biliares.

O diagnóstico da pancreatite aguda é estabelecido pela presença de pelo menos 2 dos seguintes:

- Dor abdominal compatível com a doença;
- A dosagem sérica da amilase e/ou da lipase > 3 vezes o limite superior do normal (o intervalo normal dos níveis de amilase e lipase pode diferir dependendo do teste utilizado);
- Achados característicos em exames de imagem com contraste.

O diagnóstico diferencial dos sintomas da pancreatite aguda inclui:

- Úlcera gástrica ou duodenal perfurada;
- Infarto mesentérico;

- Obstrução intestinal por estrangulamento;
- Aneurisma aórtico;
- Cólica biliar;
- Apendicite
- Diverticulite.

Exames laboratoriais

A amilase e a lipase séricas aumentam no primeiro dia do quadro de pancreatite aguda e voltam ao normal em 3 a 7 dias. A contagem de leucócitos geralmente aumenta até 12.000 a 20.000/mcL (12 a 20 × 10^9/L).

Exames de imagem

TC com contraste IV : É o exame de imagem de escolha para fazer o diagnóstico da pancreatite aguda e avaliar as complicações locais.

Ultrassonografia abdominal : Indicado também para diagnóstico da pancreatite por cálculo biliar (se outra causa não for evidente) para detectar cálculos biliares ou dilatação do ducto biliar comum, que indica obstrução do trato biliar. Edema pancreático pode estar visível, mas sobreposição gasosa nessa região frequentemente obscurece o pâncreas.

Radiografias do tórax: Revela atelectasia ou derrame pleural (normalmente no lado esquerdo ou bilateral, mas raramente confinado ao espaço pleural direito), que são sinais de doença grave.

Ultrassonografia endoscópica : Tem sensibilidade comparável à da colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) na detecção de cálculos no ducto biliar comum, mas a CPRM tem a vantagem de não ser invasiva.

Coloangiopancreatografia endoscópica retrógrada: (CPRE) para aliviar a obstrução do ducto biliar em pacientes com pancreatite biliar que apresentam aumento da bilirrubina sérica e sinais de colangite.

Tratamento

- Medidas de suporte;
- Para pancreatite aguda grave e complicações, antibióticos e intervenções terapêuticas conforme necessário.

O tratamento da pancreatite aguda costuma ser de suporte. Pacientes que desenvolvem complicações podem exigir tratamento adicional específico. (Ver também The American College of Gastroenterology's guidelines for the management of acute pancreatitis.)

O tratamento básico da pancreatite aguda é feito por:

- Reanimação volêmica precoce com meta de volume;
- Analgesia;
- Suporte nutricional.

PROTOCOLO TRATAMENTO DA DOR POLICLÍNICA ESTADUAL

O presente Protocolo para atendimento da dor na Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa, apresenta conceito geral da dor crônica, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação.

É de caráter Institucional criado pelo **Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento - IMED** e deve ser utilizado nas unidades assistenciais que encontram-se sob sua gestão, o acesso dos usuários ao serviço proposto se dará através dos processos de regulação do acesso assistencial, autorização, atendimentos , e registro dos procedimentos no sistema operacional das unidades para geração de serie historica e definição de criterios assistenciais.

Justificativa

A dor é "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano", de acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor. Normalmente, a dor aguda serve como um aviso

do sintoma de uma doença ou uma lesão que deve receber tratamento médico próximo.

Por outro lado, a dor crônica é a dor que persiste ou se repete por mais de três meses e, frequentemente, torna-se o único ou predominante problema clínico. Apresenta um sofrimento emocional e incapacidade funcional, sendo multifatorial: biológico, psicológico e social que contribuem para a síndrome de dor crônica. Dessa maneira justifica uma avaliação para um diagnóstico específico. O **Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento (IMED)**, propõe junto a Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa, uma abordagem multiprossional humanizada e diferenciada para os casos de dores crônicas de diversas etiologias e causas. Tal tratamento consiste na abordagem da dor de forma holística, buscando sua origem, causas, sintomas e manifestações visando sua cura, redução e alívio com foco na reabilitação do indivíduo.

A dor de cabeça crônica e a dor orofacial crônica são definidas como a dor que ocorrem em pelo menos 50% dos dias durante pelo menos 3 meses.

A síndrome de fibromialgia é um quadro clínico de "dor generalizada crônica, dos 11 dos 18 pontos sensíveis, pelo menos 3 meses, acompanhada por sintomas, como: perturbação do sono, fadiga, ansiedade e cefaleia", descrita pelo Colégio Americano de Reumatologia.

A dor musculoesquelética crônica surge a partir de doença que afeta osso(s), articulação (ões), músculo(s), coluna vertebral ou relacionado com tecido(s) mole(s). Pode ser tipicamente caracterizado por inflamação persistente local ou sistêmica, que pode ser devido a processo infeccioso, autoimune ou alterações estruturais.

A dor pós-operatória crônica e a dor pós-traumática crônica se desenvolvem após um procedimento cirúrgico ou uma lesão de tecidos (qualquer trauma e incluindo a queimadura), no entanto persiste além do processo de resolução (ou seja, por mais de três meses). Outras causas de dor precisam ser excluídas, incluindo infecção, malignidade e outros ou a continuação do problema pré-existente.

A dor visceral crônica é a dor persistente ou recorrente provenientes de órgãos internos do corpo. É percebida nos tecidos somáticos da parede do corpo em áreas que recebem a mesma inervação sensitiva do órgão interno que origina o sintoma (dor visceral referida).

A dor oncológica crônica pode se apresentar pelo próprio câncer (tumor primário e metástases) ou pelo seu tratamento. Portanto, é necessária uma avaliação criteriosa para distinguir a dor causada pelo câncer da dor causada pelo tratamento do câncer

ou de comorbidade.

A dor neuropática crônica é um quadro clínico onde a dor é causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial periférico ou central. O sistema nervoso somatossensorial refere-se à informação sobre o corpo.

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consultas

PRINCIPAIS DORES PRIMÁRIAS CRÔNICAS

CEFALÉIAS PRIMÁRIAS CRÔNICAS:

- Cefaléia tipo tensional crônica;
- Enxaqueca crônica;
- Cefaléias trigemino-autonômicas crônicas;
- Cefaléia crônica por abuso medicamentoso.

DORES OROFACIAIS PRIMÁRIAS CRÔNICAS:

- Dor facial persistente idiopática (ou dor facial atípica);
- Neuralgia do facial (ou nevralgia do intermediário);
- Neuralgia do trigêmeo (ou nevralgia do trigêmeo);
- Neuralgia do glossofaríngeo (ou transtornos do nervo glossofaríngeo);
- Neuralgia do occipital;
- Síndrome de ardor bucal.

DOR GENERALIZADA PRIMÁRIA CRÔNICA

Fibromialgia (ou reumatismo muscular ou síndrome de dor difusa).

DORES MUSCULOESQUELÉTICAS PRIMÁRIAS CRÔNICAS:

Síndromes de dores regionais crônicas (ou dores miofasciais)

- Torcicolo primário crônico;
- Cervicalgia primária crônica;
- Toracalgia primária crônica (ou dor de coluna torácica);
- Lombalgia primária crônica (ou dor lombar baixa).

SÍNDROMES DE DORES CRÔNICA DA OSTEOARTROSE:

- Espondiloartrose;
- Osteoartrose do quadril;
- Osteoartrose do joelho.

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA DA CÁPSULA ARTICULAR DO OMBRO:

- Capsulite adesiva do ombro (ou ombro congelado).

DORES PÉLVICAS PRIMÁRIAS CRÔNICAS

SÍNDROME DE DORES VISCERAIS PRIMÁRIAS CRÔNICAS:

- Síndrome do intestino irritável crônico;
- Síndrome de dor vesical crônica (ou cistite intersticial crônica).

SÍNDROME DE NEURALGIAS PÉLVICAS PRIMÁRIAS CRÔNICAS

- Neuralgia do pudendo; Neuralgia do ílio-inguinal;
- Neuralgia do ílio-hipogástrio;
- Neuralgia do genitofemoral.

PRINCIPAIS DORES SECUNDÁRIAS CRÔNICAS

DOR OROFACIAL SECUNDÁRIA CRÔNICA:

- Dor crônica da articulação temporomandibular (ou transtornos temporomandibulares).

DOR ONCOLÓGICA CRÔNICA SÍNDROME DE DOR CRÔNICA ONCOLÓGICA:

- Dor crônica secundária ao tumor (ou dor neuropática a tumoração).

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO:

- Dor crônica pós-quimioterapia (ou neuropatia pós quimioterapia);
- Dor crônica pós-radioterapia (ou neuropatia actínica).

DOR PÓS-TRAUMÁTICA CRÔNICA

SÍNDROMES DE DORES CRÔNICAS PÓS-FRATURAS ÓSSEAS:

- Dor crônica pós-fratura de costela; Dor crônica pós-fratura de esterno; Dor crônica pós-fratura de vértebra; Dor crônica pós-fratura do cóccix.

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA PÓS-FERIMENTO DE TECIDOS:

- Dor crônica pós-ferimento de tecidos.

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA PÓS-QUEIMADURA:

- Dor crônica pós-queimadura.

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA PÓS-OPERATÓRIA DE TÚNEL DO CARPO:

- Dor crônica pós-operatória do túnel do carpo.

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA PÓS-OPERATÓRIA DO TÚNEL DO TARSO:

- Dor crônica pós-operatória do túnel do tarso.

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA PÓS-OPERATÓRIA NO COTO DE AMPUTAÇÃO:

- Dor crônica no coto de amputação (ou neuroma em coto da amputação).

SÍNDROMES DE DORES CRÔNICAS PÓS-OPERATÓRIAS DA OSTEOARTROSE:

- Dor crônica pós-prótese do quadril; Dor crônica pós-prótese do joelho;
- Dor crônica pós-artrodese do tornozelo.

SÍNDROMES DE DORES CRÔNICAS PÓS-OPERATÓRIAS DE OMBRO:

- Dor crônica pós-prótese de ombro.

SÍNDROMES DE DORES CRÔNICAS PÓS-OPERATÓRIAS DE COLUNA VERTEBRAL:

- Dor crônica pós-artrodese;
- Dor crônica pós-laminectomia.

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA PÓS-OPERATÓRIA CARDÍACA:

- Dor crônica pós-esternotomia.

SÍNDROMES DE DORES CRÔNICAS PÓS-OPERATÓRIAS TORÁCICAS:

- Dor crônica pós-toracotomia.

SÍNDROMES DE DORES CRÔNICAS PÓS-OPERATÓRIAS ONCOLÓGICAS:

- Dor crônica pós-histerectomia;
- Dor crônica pós-mastectomia.

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA PÓS-OPERATÓRIA DE MAMA:

- Dor crônica pós-operatória de mama.

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA PÓS-OPERATÓRIA DE ÚTERO:

- Dor crônica pós-operatória de útero.

SÍNDROMES DE DORES CRÔNICAS PÓS-OPERATÓRIAS DE HÉRNIAS:

- Dor crônica após herniorrafia inguinal;
- Dor crônica após herniorrafia incisional.

OUTRAS SÍNDROMES DE DORES CRÔNICAS PÓS-OPERATÓRIAS:

- Outras dores crônicas pós-operatórias.

PRINCIPAIS DORES NEUROPÁTICAS

DORES NEUROPÁTICAS CENTRAIS CRÔNICAS

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA DA NEUROPATIA ALCOÓLICA:

- Dor crônica da neuropatia alcoólica (ou polineuropatia alcoólica).

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA DA NEUROPATIA DIABÉTICA:

- Dor crônica da neuropatia diabética (ou mononeuropatia ou polineuropatia diabética).

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA DA DISTONIA CERVICAL:

- Dor crônica da distonia cervical (ou torcicolo espasmódico).

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA DA PÓS-LESÃO MEDULAR:

- Dor crônica da pós-lesão medular.

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA DA ARACNOIDITE ADESIVA:

- Dor crônica da aracnoidite adesiva.

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA PÓS-ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:

- Dor crônica pós-acidente vascular cerebral (AVC).
- Dores Neuropáticas Periféricas

SÍNDROMES DE DORES CRÔNICAS REGIONAIS COMPLEXAS:

- Tipo I - sem lesão nervosa - (ou algoneurodistrofia, distrofia simpática reflexa, síndrome ombro-mão ou atrofia de Sudeck);

- Tipo II - com lesão nervosa - (ou causalgia).

SÍNDROME DE PLEXALGIA BRAQUIAL CRÔNICA:

- Plexalgia braquial crônica (ou transtornos do plexo braquial).

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA DO MEMBRO FANTASMA:

- Dor do membro fantasma (ou síndrome dolorosa do membro fantasma).

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA DE REYNAUD:

- Dor crônica da síndrome de Reynaud (ou síndrome de Reynaud).

SÍNDROME DE NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA CRÔNICA:

- Neuralgia pós-herpética (ou nevralgia pós-zoster).

SÍNDROME DE NEURALGIA INTERCOSTAL CRÔNICA:

- Neuralgia intercostal crônica (ou neuropatia intercostal).

SÍNDROME DE NEURALGIA FEMOROCUTÂNEA CRÔNICA:

- Neuralgia femorocutânea crônica (ou meralgia parestésica);

- Síndrome de lombociatalgia crônica;

- Lombocitalgia crônica (ou lumbago com ciática).

SÍNDROME DE NEURALGIA CIÁTICA CRÔNICA:

- Neuralgia ciática crônica (ou ciática);

- Síndrome de radiculalgia crônica; Radiculalgia crônica (ou radiculopatia).

DOR NEUROPÁTICA MISTA CRÔNICA

SÍNDROME DE DOR DA AVULSÃO DO PLEXO BRAQUIAL:

- Dor crônica da avulsão do plexo braquial.

SÍNDROME DE DOR CRÔNICA DE DIFÍCIL CONTROLE:

- Dor crônica de difícil controle (ou dor crônica intratável).

ABUSO MEDICAMENTOSO POR PACIENTES COM DOR CRÔNICA:

- Síndrome do abuso medicamentoso por paciente com dor crônica;

- Abuso de analgésicos comuns;
- Abuso de analgésicos opióides;
- Abuso de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs); Abuso de anti-inflamatórios esteróides (AIEs); Abuso de outros fármacos para dor crônica.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejados na UBS

Alguns quadros álgicos podem ser controlados na Unidade Básica de Saúde (UBS), como:

Cefaléias primárias crônicas

Iniciar tratamento e profilaxia por pelo menos três meses.

Dor generalizada primaria crônica com exames complementares normais.

Iniciar tratamento terapêutico (ginástica orientada e psicologia) e farmacológico por pelo menos seis meses.

Dor crônica da neuropatia alcoólica

Iniciar tratamento farmacológico e terapia por pelo menos seis meses.

Dor crônica da neuropatia diabética

Iniciar tratamento farmacológico e terapia por pelo menos seis meses.

Encaminhar imediatamente a uma unidade de pronto atendimento (UPA) ou emergência hospitalar

Os pacientes com síndrome de dor crônica, em crise de agudização, necessitam ser encaminhados para Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Emergência Hospitalar (EH). Subsequente ao atendimento, o paciente precisa ser reencaminhado para Clínica de Dor Crônica, com a descrição do procedimento realizado.

Alguns pacientes com quadros álgicos crônicos necessitam ser encaminhados para outras especialidades, para realização de diagnóstico diferencial ou continuação do tratamento, por exemplo:

Acupuntura

- Dor generalizada primária crônica;
- Dores regionais crônicas (ou dores miofasciais);
- Com exames complementares normais e dor persistente.

Cirurgia Bucomaxilo

- Dor crônica da articulação temporomandibular;

- Quando necessitar de avaliação ou investigação por exame de imagem especializado e com dor persistente.

Cirurgia Geral

- Dores viscerais primárias crônicas
- Para o diagnóstico diferencial da síndrome do intestino irritável e dor referida.

Endocrinologia

- Dor crônica da neuropatia diabética para controle da diabete.

Fisioterapia

- Dores regionais crônicas (ou dores miofasciais)
- Dores crônicas da osteoartrose;
- Para cinesioterapia e estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS).

Gastrenterologia

- Dores viscerais primárias crônicas;
- Para o diagnóstico diferencial da síndrome do intestino irritável.

Ginecologia

- Dores viscerais primárias crônicas;
- Para o diagnóstico diferencial entre aderências ou endometriose pélvicas;
- Dor crônica oncológica;
- Dor crônica do tratamento oncológico;

- Quando associado a sofrimento emocional, incapacidade funcional, doença ativa e com o prognóstico reservado.

Neurocirurgia

- Dor crônica da lesão medular;
- Dor crônica da aracnoidite adesiva
- Dor da avulsão do plexo braquial;
- Quando necessitar de avaliação ou investigação por exame de imagem especializada.

Neurologia

- Cefaleias primárias crônicas;
- Quando necessitar de avaliação ou investigação por exame de imagem especializada.
- Outras síndromes de cefaleias que não se caracterizam cefaleias primárias crônicas.
- Dores orofaciais primárias crônicas;
- Quando necessitar de avaliação ou investigação por exame de imagem especializada.
- Outras síndromes de dor orofacial que não se caracterizam
- Dores orofaciais primárias crônicas;
- Dor crônica da distonia cervical;
- Quando necessitar de avaliação ou investigação por exame de imagem especializada.

Odontologia

- Dor crônica da articulação temporomandibular quando há disfunção da oclusão dentária.

Oncologia

- Dor crônica oncológica;
- Dor crônica do tratamento oncológico;
- Para o diagnóstico diferencial da dor neuropática.

Ortopedia de Coluna

- Dores regionais crônicas (ou dores miofasciais);
- Dor crônica pós-fratura de vértebra
- Lombociatalgia crônica;
- Neuralgia ciática crônica
- Radiculalgia crônica;
- Quando necessitar de avaliação ou investigação por exame de imagem especializada.

Ortopedia de Joelho

- Dor crônica da osteoartrose do joelho;
- Quando necessitar de avaliação ou investigação por exame de imagem especializada.

Ortopedia de Ombro

- Dor crônica da capsula articular do ombro;
- Quando necessitar de avaliação ou investigação por exame de imagem especializada e para o diagnóstico diferencial.

Ortopedia de Quadril

- Dor crônica da osteoartrose do quadril;

- Quando necessitar de avaliação ou investigação por exame de imagem especializada.

Proctologia

- Dores viscerais primárias crônicas;
- Para diagnóstico diferencial da fissura anal e hemorroidas.

Psiquiatria (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS)

- Dor crônica da neuropatia alcoólica ;
- Para controle do alcoolismo.

Reumatologia

- Dor Generalizada Primária Crônica;
- Dores regionais crônicas (ou dores miofasciais);
- Com exames laboratoriais alterados.

Urologia

- Dores viscerais primárias crônicas
- Para o diagnóstico diferencial de cistite intersticial;
- Neuralgias pélvicas primárias crônicas;
- Para o diagnóstico diferencial da cistite ou prostatite de repetições.

Síndromes de Dores Crônicas

Todos os pacientes encaminhados à clínica de dor crônica continuam sob a responsabilidade da especialidade que encaminhou, apesar disso necessitam voltar mediante referência e contrarreferência.

Evidências clínicas e exames complementares

Os pacientes encaminhamentos a clínica de dor crônica precisam apresentar um conteúdo descritivo mínimo de evidência clínica, tratamento prévio e atual. Vale ainda lembrar que o paciente precisa ser orientado para levar, na primeira consulta a clínica de dor crônica, o documento de referência com as evidencias clínicas e motivo do encaminhamento, as receitas de todos os medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente, conforme a síndrome de dor crônica, por exemplo:

- Hemograma completo;
- Glicemia de jejum;
- Hormônio estimulante da tireoide (THS) e tiroxina (T4) livre;
- Velocidade de hemossedimentação (VHS);
- Proteína C reativa (PCR);
- Fator reumatoide (FR);
- Imagem;
- Raios-X;
- Tomografia computadorizada (TC);
- Ressonância magnética nuclear (RMN);
- Neurofisiológico;
- Eletroneuromiografia (ENMG).

Áreas solicitantes

Cirurgia Cardíaca

- Síndrome de dor crônica pós-operatória cardíaca (pós-esternotomia);

- Quando associada a dor neuropática.

Cirurgia Geral

- Síndrome de dores viscerais primárias crônicas;
- Quando apresentar exclusivamente a síndrome do intestino irritável;
- Síndromes de dores crônicas pós-operatórias de hérnias (inguinal ou incisional);
- Quando associada a dor neuropática.

Cirurgia Oncológica

- Síndromes de dores crônicas pós-operatórias oncológicas;
- Quando associada a dor neuropática (especialmente histerctomia e mastectomia).

Cirurgia Plástica

- Síndrome de dor crônica pós-ferimento de tecidos;
- Síndrome de dor crônica pós-queimadura;
- Síndrome de dor crônica pós-operatória de mama.

Cirurgia Torácica

- Síndromes de dores crônicas pós-fraturas óssea de costela e esterno;
- Síndromes de dores crônicas pós-operatórias torácicas (pós-toracotomia);
- Síndrome de neuralgia intercostal crônica;

- Quando associada a dor neuropática.

Cirurgia Vascular

- Síndrome de dor crônica pós-operatória no coto de amputação;
- Síndrome de dor crônica do membro fantasma;
- Quando associada a dor neuropática;
- Síndrome de dor crônica de Reynaud;
- Quando associada a sofrimento emocional e incapacidade funcional, após pelo menos três meses de tratamento.

Clínica Médica

- Síndrome de neuralgia pós-herpética crônica;
- Síndrome de dor crônica pós-acidente vascular cerebral (AVC);
- Quando associada a sofrimento emocional e incapacidade funcional, após pelo menos três meses de tratamento.

Endocrinologia

- Síndrome de dor crônica da neuropatia diabética;
- Quando associada a sofrimento emocional e incapacidade funcional, após pelo menos seis meses de tratamento, com o quadro diabético controlado.

Fisioterapia

- Síndromes de dores regionais complexas;
- Quando o quadro álgico é persistente ou progressivo.

Gastrenterologia

Síndrome de dores viscerais primárias crônicas;

Quando apresentar exclusivamente a síndrome do intestino irritável.

Ginecologia

Síndrome de dores viscerais primárias crônicas

Quando associada a sofrimento emocional e incapacidade funcional, após seis meses de tratamento.

Síndrome de dor crônica pós-operatória de mama

Síndrome de dor crônica pós-operatória de útero

Quando associada a dor neuropática

- Síndromes de dores regionais crônicas (ou dores miofasciais);
- Quando associada a sofrimento emocional e incapacidade funcional, após pelo menos três meses de tratamento;
- Síndromes de dores regionais complexas;
- Quando o quadro álgico é persistente ou progressivo.

Medicina Física e Reabilitação

- Síndromes de dores regionais crônicas (ou dores miofasciais)
- Quando associada a sofrimento emocional e incapacidade funcional, após pelo menos três meses de tratamento.
- Síndromes de dores regionais complexas;
- Quando o quadro álgico é persistente ou progressivo.

Medicina Paliativa

- Síndrome de dor crônica oncológica;

- Síndrome de dor crônica do tratamento oncológico;
- Quando associada a dor neuropática.

Neurocirurgia

- Síndromes de dores regionais crônicas (ou dores miofasciais);
- Quando associada a sofrimento emocional e incapacidade funcional, após pelo menos três meses de tratamento;
    - Síndromes de dores regionais complexas;
    - Síndrome de dor crônica da distonia cervical;
    - Síndrome de dor crônica da lesão medular;
    - Síndrome de dor crônica da aracnoidite adesiva;
    - Síndrome de plexalgia braquial crônica;
    - Síndrome de dor crônica do membro fantasma;
    - Síndrome de dor da avulsão do plexo braquial;
    - Síndrome de neuralgia femorocutânea crônica;
    - Síndromes de dor crônica pós-operatória de craniotomia;
    - Síndrome de dor crônica pós-operatórias de coluna vertebral;
    - Quando o quadro álgico é persistente ou progressivo;
    - Síndrome de lombociatalgia crônica;
    - Síndrome de neuralgia ciática crônica;
    - Síndrome de radiculalgia crônica
    - Quando associada a sofrimento emocional e incapacidade funcional, após pelo menos três meses de tratamento, ou para controle álgico pré-operatório ou sem indicação ou condição clínica para cirurgia;
    - Síndrome de dor crônica de difícil controle;
    - Para reavaliação e avaliação para procedimento de neuromodulação (rizotomia, neuroestimulador ou bomba de infusão de fármaco).

Neurologia

- Síndromes de cefaleias primárias crônicas;

- Quando cefaleias primárias crônicas são persistentes ou recorrentes;
- Síndromes de dores orofaciais primárias crônicas;
- Quando dores orofaciais primárias crônicas paroxísticas e recorrentes;
- Síndrome de dor crônica da distonia cervical;
- Síndrome de dor crônica da aracnoidite adesiva;
- Síndrome de dor crônica pós-acidente vascular cerebral;
- Síndromes de dores regionais complexas;
- Síndrome de neuralgia femorocutânea crônica;
- Quando o quadro álgico persistente ou progressivo;
- Síndrome de dor crônica de difícil controle;
- Para reavaliação ou avaliação para procedimento de neuromodulação (rizotomia, neuroestimulador ou bomba de infusão de fármaco).

Oncologia

- Síndrome de dor crônica oncológica;
- Síndrome de dor crônica do tratamento oncológico;
- Quando a dor neuropática é persistente ou paroxística, a qual se torna o único ou predominante problema clínico.

Ortopedia e Traumatologia

- Síndrome de dor crônica pós-ferimento de tecidos;
- Síndrome de dor crônica pós-operatória no coto de amputação;
- Síndromes de dores regionais complexas;
- Síndrome de plexalgia braquial crônica;
- Síndrome de dor crônica do membro fantasma;
- Síndrome de dor da avulsão do plexo braquial;
- Quando o quadro álgico é persistente e progressivo.

Ortopedia de Coluna

- Síndromes de dores regionais crônicas (ou dores miofasciais);
- Quando associada a sofrimento emocional e incapacidade funcional, após pelo menos três meses de tratamento;
- Síndrome de dor crônica da espondiloartrose;
- Síndrome de dor crônica pós-fratura óssea de vértebra ou cóccix;
- Síndrome de lombociatalgia crônica;
- Síndrome de neuralgia ciática crônica;
- Síndrome de radiculalgia crônica;
- Quando associada a sofrimento emocional e incapacidade funcional, após pelo menos três meses de tratamento, ou para controle álgico pré-operatório ou sem indicação ou condição clínica para cirurgia;
- Síndromes de dores regionais complexas;
- Síndrome de dor crônica da lesão medular;
- Síndromes de dores crônicas pós-operatórias de coluna vertebral;
- Quando o quadro álgico é persistente ou progressivo;
- Síndrome de dor crônica de difícil controle;
- Para reavaliação ou avaliação para procedimento de neuromodulação (rizotomia, neuroestimulador ou bomba de infusão de fármaco).

Ortopedia de Joelho

- Síndromes de dores crônica da osteoartrose do joelho;
- Quando associada a sofrimento emocional e incapacidade funcional, após pelo menos três meses de tratamento, ou aguarda ou sem indicação ou condição clínica para cirurgia;
- Síndromes de dores crônicas pós-operatórias da prótese de joelho;
- Síndromes de dores regionais complexas;
- Síndrome de dor crônica do membro fantasma;
- Quando o quadro álgico persistente ou progressivo.

Ortopedia de Mão

- Síndromes de dores crônicas pós-operatórias de túnel do carpo;
- Síndromes de dores crônicas pós-operatórias de mão;
- Síndromes de dores regionais complexas;
- Síndrome de dor crônica do membro fantasma;
- Quando o quadro álgico é persistente ou progressivo.

Ortopedia de Ombro

- Síndrome de dor crônica da cápsula articular do ombro;
- Para otimização analgesia;
- Síndromes de dores crônicas pós-operatórias de ombro;
- Síndromes de dores regionais complexas;
- Síndrome de plexalgia braquial crônica;
- Síndrome de dor da avulsão do plexo braquial;
- Quando o quadro álgico persistente ou progressivo.

Ortopedia de Pé

- Síndrome de dor crônica pós-operatória de túnel do tarso;
- Síndromes de dores crônicas pós-operatórias da osteoartrose;
- Síndromes de dores regionais complexas;
- Síndrome de dor crônica do membro fantasma;
- Quando o quadro álgico persistente ou progressivo.

Ortopedia de Quadril

- Síndromes de dores crônica da osteoartrose do quadril;
- Quando associada a sofrimento emocional e incapacidade funcional, após pelo menos três meses de tratamento, ou para controle álgico pré-operatório ou sem indicação ou condição clínica para cirurgia;
- Síndromes de dores crônicas pós-operatórias da prótese de quadril;
- Síndromes de dores regionais complexas;
- Síndrome de dor crônica do membro fantasma;
- Síndrome de neuralgia femorocutânea crônica;
- Quando o quadro álgico é persistente ou progressivo.

Proctologia

- Síndrome de neuralgias pélvicas primárias crônicas;
- Quando dor é persistente ou paroxística.

Psiquiatria (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS)

- Síndrome de dor crônica da neuropatia alcoólica;
- Com dor persistente, após seis meses de tratamento, com o quadro primário compensado.

Reumatologia

- Síndrome de dor generalizada primaria crônica;
- Quando associada com a síndrome de intestino irritável ou a síndrome de bexiga irritável (ou cistite intersticial).

Urologia

- Síndrome de dores viscerais primárias crônicas;
- Quando apresentar síndrome de dor vesical crônica (ou cistite intersticial crônica);
- Síndrome de neuralgias pélvicas primárias crônicas;
- Quando dor persistente ou paroxística.

Encaminhar imediatamente a UPA ou EH

- Abuso medicamentoso por pacientes com dor crônica;
- Para reavaliação do quadro álgico e reorientação medicamentosa.

PROTOCOLO DA ENDOCRINOLOGIA – ADULTO

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Diabetes mellitus;
- Bócio multinodular;
- Hipertireoidismo;

- Hipotireoidismo;
- Nódulos de tireóide;
- Câncer de tireóide;
- Obesidade;
- Dislipidemia;
- Alterações no metabolismo ósseo;
- Doenças gonadais;
- Ginecomastia;
- Doenças neuroendócrinas;
- Doença adrenal;
- Hiperandrogenismo.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS

- Hipotireoidismo compensado;
- Nódulos de tireóide sem indicação de punção aspirativa por agulha fina (PAAF);
- Diabetes mellitus compensado;
- Dislipidemia leve-moderada;
- Obesidade com IMC < 35.

Encaminhar imediatamente a uma UPA ou emergência hospitalar

- Crise tireotóxica;
- Coma mixedematoso;
- Cetoacidose diabética;
- Estado hiperosmolar não-cetótico.

Encaminhar para cirurgia de cabeça e pescoço

- Nódulos e massas cervicais não tireoidianas;
- Nódulos de tireoide com indicação cirúrgica: suspeita de malignidade, hipertireoidismo de difícil controle clínico, exoftalmia maligna;

- Bócio mergulhante ou com desvio em estruturas nobres como traqueia;
- Bócio inestético.

DIABETES MELLITUS

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sangüíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

Principais sintomas de diabetes

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os "4 Ps"). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica. Entretanto, como já mencionado, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, a suspeita clínica ocorrendo então a partir de fatores de risco para o diabetes.

Diabetes tipo 1

O termo tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte.

A destruição das células beta é geralmente causada por processo auto-imune, que pode se detectado por auto-anticorpos circulantes como anti-descarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina, e, algumas vezes, está associado a outras doenças auto-imunes como a tireoidite de Hashimoto, a doença de Addison e a miastenia gravis. Em menor proporção, a causa da destruição das células beta é desconhecida (tipo 1 idiopático).

O desenvolvimento do diabetes tipo 1 pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente, em crianças e adolescentes (pico de incidência entre

10 e 14 anos), ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos, (LADA - latent autoimmune diabetes in adults - doença auto-imune latente em adultos). Esse último tipo de diabetes, embora assemelhando-se clinicamente ao diabetes tipo 1 auto-imune, muitas vezes é erroneamente classificado como tipo 2 pelo seu aparecimento tardio. Estima-se que 5-10% dos pacientes inicialmente considerados como tendo diabetes tipo 2 podem, de fato, ter LADA.

Diabetes tipo 2

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave.

A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso.

Diabetes gestacional

É a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente se resolvendo no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos.

Seu diagnóstico é controverso. A OMS recomenda detectá-lo com os mesmos procedimentos diagnósticos empregados fora da gravidez, considerando como diabetes gestacional valores referidos fora da gravidez como indicativos de diabetes ou de tolerância à glicose diminuída.

Cerca de 80% dos casos de diabetes tipo 2 podem ser atendidos predominantemente na atenção básica, enquanto que os casos de diabetes tipo 1 requerem maior colaboração com especialistas em função da complexidade de seu acompanhamento. Em ambos os casos, a coordenação do cuidado dentro e fora do sistema de saúde é responsabilidade da equipe de atenção básica.

Avaliação clínica inicial de pacientes com diabetes

História

- Resultados de exames relacionados ao diagnóstico de diabetes ou do controle metabólico;
- Sintomas de diabetes (apresentação inicial, evolução, estado atual);
- Freqüência, gravidade e causa de cetose e cetoacidose;
- História ponderal, padrões alimentares, estado nutricional atual; em criança e adolescente, crescimento e desenvolvimento;
- Tratamentos prévios, incluindo dieta e auto-medicação, e tratamento atual;
- História familiar de diabetes (pais, irmãos);
- Infecções prévias e atuais; atenção especial à pele, pés, dentes e trato urinário;
- Uso de medicamentos que alteram a glicemia;
- História de atividade física;
- Fatores de risco para aterosclerose;
- Estilo de vida e outros aspectos que podem afetar o manejo do diabetes;
- História obstétrica;
- Presença de complicações crônicas do diabetes.

Exame Físico

- Peso, altura e cintura;
- Maturação sexual (diabetes tipo 1);
- Pressão arterial;
- Fundo de olho (diabetes tipo 2);
- Tireóide;
- Coração;
- Pulsos periféricos. Pés (tipo 2);
- Pele (acantose nigricans).

Avaliação laboratorial de pacientes com diabetes recém-diagnosticado

- Glicemia de jejum;
- Hemoglobina glicada;

- Colesterol total, HDL-C e (para avaliar risco Framingham) Triglicerídeos;
- Creatinina sérica em adultos;
- Exame de urina;
- Cultura urinária;
- Proteinúria;
- Corpos cetônicos;
- Sedimento. Microalbuminúria (diabetes tipo 2, se proteinúria negativa);
- TSH (diabetes tipo 1);
- ECG em adultos.

Plano Terapêutico

Diabetes Tipo 1

Pela maior complexidade do cuidado, esses pacientes são em geral acompanhados por especialista endocrinologista. O encaminhamento deve ser imediato, com o cuidado de evitar demora no atendimento, pois, eles apresentam risco elevado de descompensação metabólica.

Hipergiecemia Interemediária

Pacientes classificados como portadores de hiperglicemia Intermediária devem ser informados sobre seu maior risco para o desenvolvimento de diabetes e doença aterosclerótica e orientados sobre hábitos saudáveis para sua prevenção. Programas de intensificação de mudanças de estilo de vida devem ser oportunizados, especialmente, àqueles mais motivados ou sob maior risco. Pacientes com glicemia de jejum alterada, por apresentaram maior risco de desenvolver diabetes, devem receber também orientação preventiva.

Diabetes tipo 2

Os dois planos básicos do tratamento clínico do paciente com diabetes tipo 2 são o controle glicêmico com a prevenção das complicações agudas e a prevenção das complicações crônicas. As metas para as intervenções preventivas principais e a periodicidade de seu monitoramento seguem os consensos mais atuais. Essas intervenções são descritas na seção Prevenção e Manejo das Complicações Crônicas.

BÓCIO

Um bócio refere-se a uma glândula tireoide aumentada. Às vezes, uma pessoa pode ter um bócio com vários nódulos ou inchaços, chamado bócio multinodular.

Um bócio tóxico é aquele que produz muito hormônio da tireoide, resultando em uma condição chamada hipertireoidismo.

A maioria dos nódulos da tireoide é inofensiva, mas alguns podem ser cancerígenos.

Sintomas:

- perda de peso repentina e inexplicável;
- batimento cardíaco acelerado;
- aumento do apetite;
- nervosismo ou ansiedade;
- tremores, geralmente em suas mãos;
- sudorese;
- aumento da sensibilidade ao calor.

Um bócio multinodular que cresce grande também pode causar sintomas, especialmente se ele começa a crescer no tórax. Os sintomas de um grande bócio incluem:

- dificuldade em respirar ou engolir;
- sentindo como se tivesse comida preso na garganta;
- ter um sentimento "cheio" em seu pescoço.

Bócios muito grandes podem ser visíveis na região cervical.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente);
- Nódulo com indicação de PAAF (quando ainda não foi realizada);
- Sintomas compressivos atribuíveis ao bócio
- Suspeita de malignidade;
- Indicação de tratamento cirúrgico ou Iodo radioativo (bócio grande, bócio que está crescendo).

Exames laboratoriais

Se o TSH for baixo, recomenda-se realizar o exame cintilográfico e se o nódulo for autônomo, não há indicação de biópsia. Nesse caso, dependendo do valor da captação de iodo, poderá ser tratado com radioiodo. Se o TSH for normal ou elevado, deve se prosseguir a investigação com exame ultrassonográfico. Alguns estudos demonstraram maior associação de carcinoma papilífero com TSH elevado e presença de tireoidite de Hashimoto.

Diagnóstico Ultrassonográfico e conduta

A ultrassonografia (US) é o método de imagem mais sensível para avaliação dos nódulos tireoidianos e linfonodos da cadeia cervical. As características ultrassonográficas sugestivas de benignidade incluem os cistos puros de paredes lisas, os nódulos mistos com aspecto espongiforme e nódulos com ecogenicidade normal (isoecóicos) ou aumentada (hiperecóicos).

A Associação Americana de Tireoide (ATA), em seu novo guideline para nódulos e carcinoma diferenciado da tireoide, sugere uma classificação ultrassonográfica dos nódulos, de acordo com as características sugestivas de benignidade e malignidade1 (tabela 1), muito semelhante à classificação já utilizada por nós há vários anos . Mais recentemente, o Colégio Americano dos Radiologistas (ACR) também publicou uma classificação ultrassonográfica, conhecida como Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS).

O risco de malignidade é similar em nódulos únicos e múltiplos, portanto, frente a uma tireoide multinodular, devemos selecionar para punção, nódulos que apresentam características ultrassonográficas de maior risco de malignidade.

Quadro 3: Risco de malignidade e conduta de acordo com a classificação ultrassonográfica

Classificação ultrassonográfica	Características ultrassonográficas	Risco estimado de malignidade %	Indicação PAAF (maior diâmetro)
Categoria 1 (TI-RADS 1) benigno	Imagem anecoica arredondada de conteúdo líquido e paredes lisas	< 1%	Não indicado
Categoria 2 (TI-RADS 2) muito pouco suspeito	Nódulo misto semelhante a uma esponja	< 3%	≥ 2 cm
Categoria 3 (TI-RADS 3) pouco suspeito	Nódulo sólido, isoecóico. Cisto com tumoração sólida isoecoica em sua parede	5 a 10%	≥ 1,5 cm

Categoria 4 (TI-RADS 4) suspeito intermediário)	Nódulo sólido, hipoecóico, de contornos regulares, sem calcificações	10 a 20%	≥ 1,0 cm
Categoria 5 (TI-RADS 5) (altamente suspeito)	Nódulo sólido hipoecóico com uma ou mais características: microcalcificações, contorno irregular, mais alto que largo, extensão extratireoidiana	> 70 a 90%	≥ 1,0 cm

Tabela 1: Risco de malignidade e conduta de acordo com a classificação ultrassonográfica.

Tratamento e seguimento dos nódulos benignos

Os nódulos autônomos podem ser tratados com radioiodoterapia ou cirurgia. Os cistos puros de tireoide, que apresentam desconforto, podem ser esvaziados e, posteriormente, esclerosados com injeção percutânea de etanol, guiado por ultrassonografia. A extensão da cirurgia ainda é assunto controverso. Para os nódulos únicos com citologia benigna ou indeterminada, a lobectomia com istmectomia é a opção recomendada. Já, para os bócios multinodulares, as diretrizes da Associação Americana de Tireóide (ATA) e da Sociedade Latinoamericana de Tireoide (LATS) recomendam a tireoidectomia total. Bócio multinodular volumoso em pacientes com risco cirúrgico aumentado ou que recusam o tratamento cirúrgico podem ser tratados com radioiodoterapia, para redução do volume do bócio, precedida ou não de TSH recombinante, com o intuito de aumentar a captação do iodo.

Os nódulos seguidos com US que permanecerem estáveis, sem aumento do seu diâmetro, podem ser acompanhados com US de controle a cada 2 a 3 anos e perfil tireoidiano anual.

Não indicamos PAAF de controle, a menos que o nódulo apresente características ultrassonográficas suspeitas para malignidade, crescimento maior ou igual a 50% do seu volume ou aumento de 20% em pelo menos duas dimensões do nódulo, com aumento mínimo de 2 mm nos nódulos sólidos ou na porção sólida dos nódulos mistos.

HIPERTIREOIDISMO

Hipertireoidismo é caracterizado pelo aumento da síntese e liberação dos hormônios tireoidianos pela glândula tireoide. A tireotoxicose refere-se à síndrome

clínica decorrente do excesso de hormônios tireoidianos circulantes, secundária à hiperfunção da glândula tireoide ou não.

A tireoide secreta hormônios tireoidianos, que controlam a velocidade com que as funções químicas do corpo progridem (taxa metabólica). Os hormônios tireoidianos afetam muitas funções vitais do corpo, como a frequência cardíaca, o ritmo em que as calorias são queimadas, a manutenção da pele, o crescimento, a produção de calor, a fertilidade e a digestão. Existem dois hormônios tireoidianos:

T4: Tiroxina (também denominada tetraiodotironina);

T3: Triiodotironina.

Quadro 4 - Causas de hipertireoidismo/tireotoxicose.

Dependentes de produção aumentada de hormônio tireoidiano*
Estimulação anormal da tireóide por anticorpo antirreceptor do TSH (TRAb)
- Doença de Graves
Estimulação anormal da tireoide pela gonadotrofina coriônica humana (hCG)
- Mola hidatiforme
- Coriocarcinoma
Produção excessiva de TSH
- Tumor hipofisário secretor de TSH (tirotropinoma)
- Resistência hipofisária a T3 e T4
Produção autônoma excessivade T3 e T4 (indeperidente do TSH)
- Adenoma tóxico (mutação no receptordo TSH)
- Bócio multinodular tóxico
- Carcinoma folicular
- Efeito Jod-Basedow (hipertireoidismo induzido por excesso de iodo ou amiodarona)
Independentes de produção aumentada de hormônio tireoidiano**

SINTOMAS	%	SINAIS	%
Nervosismo	99	Taquicardia	100
Sudorese excessiva	91	Bócio	97
Intolerância ao calor	89	Tremor nas mãos	97
Palpitação	89	Pele quente e úmida	90
Fadiga	88	Sopro sobre a tireoide	77
Perda de peso	85	Alterações oculares	71
Dispneia	75	Fibrilação atrial	10
Fraqueza	70	Esplenomegalia	10
Aumento de peso	65	Ginecomastia	10
Queixas oculares	54	Eritema palmar	8
Edema de membros inferiores	35		
Hiperdefecação	33		
Diarreia	23		
Distúrbios menstruais	20		
Anorexia	9		
Constipação intestinal	4		
Ganho ponderal	2		

Liberação aumentada de T3 e T4

- Tireoidite subaguda granulomatosa (dolorosa)
- Tireoidite subaguda linfocítica (indolor).

Quadro 3: Sinais e sintomas relacionados aos distúrbios da tireóide

Diagnóstico

Medição dos níveis de hormônio estimulante da tireoide no sangue. Geralmente, o médico suspeita da presença de hipertireoidismo tomando por base os sintomas e achados do exame físico, incluindo um pulso lento.

De um modo geral o hipertireoidismo pode ser diagnosticado através de um simples exame de sangue: a medição do TSH. Se a tireoide for hipoativa, o nível de TSH é elevado.

Nos raros casos de hipertireoidismo causados pela secreção inadequada de TSH, um segundo exame de sangue é necessário. Esse exame de sangue mede o nível do hormônio tireoidiano T4 (tiroxina ou tetraiodotironina).

Tratamento

O tratamento do hipertireoidismo depende da causa. Na maioria dos casos, o problema que origina o hipertireoidismo pode ser resolvido ou os sintomas podem

ser eliminados ou grandemente reduzidos. No entanto, se não for tratado, o hipertireoidismo coloca sob esforço o coração e muitos outros órgãos.

- Tratamento da causa;
- Betabloqueadores para bloquear os efeitos dos hormônios tireoidianos;
- Às vezes, medicamentos para bloquear a produção dos hormônios; tireoidianos
- Às vezes, cirurgia para remover toda a tireoide ou parte dela.

Tratamento medicamentoso

Betabloqueadores, tais como o propranolol ou o metoprolol, ajudam a controlar muitos dos sintomas de hipertireoidismo. Esses medicamentos podem diminuir a frequência cardíaca, reduzir os tremores e controlar a ansiedade. Os médicos, portanto, consideram os betabloqueadores particularmente úteis para controlar os sintomas de hipertireoidismo até que a pessoa responda a outros tratamentos. No entanto, os betabloqueadores não reduzem a produção de hormônios tireoidianos em excesso. Por isso, outros tratamentos são adicionados para conduzir a produção de hormônios aos níveis normais.

O **metimazol** e a **propiltiouracila** são os medicamentos mais comumente usados para tratar o hipertireoidismo. Eles trabalham na diminuição da produção de hormônios tireoidianos da glândula. Esses medicamentos são administrados por via oral, começando com doses elevadas que são, posteriormente, adaptadas de acordo com os resultados dos exames de sangue. Normalmente, esses medicamentos podem controlar o funcionamento da tireoide dentro de 6 a 12 semanas. Doses maiores desses medicamentos talvez tenham um efeito mais rápido, mas aumentam o risco de haver efeitos colaterais. Geralmente, prefere-se usar o metimazol uma vez que a propiltiouracila pode causar danos ao fígado de jovens. As gestantes que tomam propiltiouracila ou metimazol devem ser monitoradas cuidadosamente, uma vez que esses medicamentos atravessam a placenta e podem causar bócio. O carbimazol, o medicamento mais amplamente usado na Europa, é convertido em metimazol no corpo.

Iodo: administrado via oral, é algumas vezes utilizado para tratar o hipertireoidismo. Ele é reservado para quem necessita de tratamento rápido, como quem tem tempestade tireoidiana. Ele também pode ser utilizado para controlar o hipertireoidismo até que a pessoa realize a cirurgia de remoção da tireoide. Ele não deve ser utilizado em longo prazo.

O iodo radioativo pode ser administrado por via oral para destruir parte da tireoide. A maior parte da radioatividade é administrada à tireoide porque ela absorve o iodo e o concentra. Raramente, é necessária a hospitalização. Após o tratamento, a pessoa não deve ficar próximo

de bebês e crianças pequenas durante 2 a 4 dias e deve dormir em cama separada distante de pelo menos 6 pés (cerca de 2 metros) do parceiro. Nenhuma precaução especial é necessária no local. A gravidez deve ser evitada por aproximadamente 6 meses. A pessoa que recebeu tratamento com iodo radioativo pode ativar alarmes de radiação em aeroportos ou em outros lugares durante várias semanas após o tratamento e, portanto, ela deve levar consigo um atestado médico descrevendo o tratamento caso for viajar usando transporte público.

Alguns médicos tentam ajustar a dose de iodo radioativo para destruir somente o suficiente da tireoide e fazer com que sua produção hormonal volte ao normal, sem redução considerável da função de tireoide. Outros médicos usam doses elevadas para destruir completamente a tireoide. Na maioria das vezes, a pessoa que realiza esse tratamento precisa tomar terapia de reposição de hormônio tireoidiano pelo resto da vida. Embora preocupações tenham sido levantadas de que o iodo radioativo pode causar câncer, o aumento do risco de ter câncer em pessoas que fizeram tratamento com iodo radioativo nunca foi confirmado. O iodo radioativo não deve ser administrado a mulheres grávidas ou que estejam amamentando porque ele atravessa a placenta, penetra no leite materno e pode destruir a tireoide do feto ou do lactente.

HIPOTIREOIDISMO

O hipotireoidismo é uma hipoatividade da tireoide que resulta na produção inadequada dos hormônios tireoidianos e na redução das funções vitais do corpo.

A tireoide secreta hormônios tireoidianos, que controlam a velocidade com que as funções químicas do corpo progridem (taxa metabólica). Os hormônios tireoidianos afetam muitas funções vitais do corpo, como a frequência cardíaca, o ritmo a que as calorias são queimadas, a manutenção da pele, o crescimento, a produção de calor, a fertilidade e a digestão. Existem dois hormônios tireoidianos:

- T4: Tiroxina (também denominada tetraiodotironina);
- T3: Triiodotironina.

Sintomas

- Face fica edemaciada, a voz rouca e a dicção lenta, as pálpebras caem e os olhos e face ficam inchados;
- Normalmente, apenas um exame de sangue é necessário para confirmar o diagnóstico;
- A maioria das pessoas com hipotireoidismo precisa ingerir hormônio tireoidiano pelo resto da vida.

Causas

O hipotireoidismo pode ser

- Primário;
- Secundário.

O hipotireoidismo primário resulta de um distúrbio da própria tireoide. A causa mais comum é a Tireoidite de Hashimoto. É uma doença autoimune em que o hipotireoidismo vai surgindo conforme a tireoide é gradativamente destruída.

Outras causas de hipotireoidismo incluem

- Inflamação da tireoide (tireoidite);
- Tratamento de hipertireoidismo ou câncer da tireoide;
- Falta de iodo;
- Aplicação de radiação à cabeça e pescoço;
- Distúrbios hereditários que impedem que a tireoide produza ou secrete uma quantidade suficiente de hormônios.

A inflamação da tireoide pode causar hipotireoidismo temporário. A tireoidite subaguda é provavelmente causada por uma infecção com um vírus. A inflamação autoimune que ocorre após o parto (tireoidite linfocítica silenciosa) é outra causa. O hipotireoidismo normalmente é temporário, porque a tireoide não está destruída.

O tratamento do hipertireoidismo ou do câncer da tireoide pode causar hipotireoidismo porque o iodo radioativo ou os medicamentos utilizados no tratamento interferem na capacidade do organismo de produzir hormônios tireoidianos. A remoção cirúrgica da tireoide resulta em produção deficiente de hormônios tireoidianos.

A ausência crônica de Iodo na dieta é a causa mais frequente do hipotireoidismo em muitos países em desenvolvimento. Entretanto, a deficiência de Iodo toma-se uma causa rara de hipotireoidismo na américa porque o Iodo é adicionado ao sal de mesa e é utilizado para esterilizar as mamas do gado leiteiro e, portanto, está presente em laticínios.

A aplicação de radiação à cabeça e pescoço, geralmente administrada na forma de radioterapia para o tratamento do câncer, também pode causar hipotireoidismo.

As causas mais raras de hipotireoidismo incluem alguns distúrbios hereditários onde uma alteração das enzimas nas células da tireoide não permite que a glândula produza ou secrete uma quantidade suficiente de hormônios tireoidianos.

O **hipotireoidismo secundário** ocorre quando a hipófise falha em secretar hormônio estimulante da tireoide (TSH) suficiente, que é necessário para a estimulação normal da tireoide. O hipotireoidismo secundário é muito mais raro que o primário.

Sintomas

A insuficiência de hormônios tireoidianos provoca a desaceleração das funções do corpo. Os sintomas são sutis e progridem gradualmente. Eles podem ser confundidos com depressão, sobretudo em idosos.

- As expressões faciais se tornam aborrecidas;
- A voz fica rouca e a fala lenta;
- As pálpebras ficam caídas;
- Os olhos e a face ficam inchados;
- O cabelo fica escasso, com aspecto grosseiro e seco;
- A pele fica áspera, seca, com escamas e grossa;
- Reposição de hormônio tireoidiano.

Tratamento

O tratamento envolve a reposição do hormônio tireoidiano usando uma das várias preparações orais. A forma preferida de reposição hormonal é por meio de uma forma sintética de T4 (levotiroxina). Outra forma, a tireoide dessecada (seca), é obtida de tireoides de animais, mas ela não costuma mais ser usada com muita frequência. Em geral, a tireoide dessecada é menos eficaz que o T4 sintético, porque o teor de hormônios tireoidianos contido nos comprimidos pode variar. No caso de emergências, como o coma mixedematoso, é possível que o médico administre T4 sintético, T3 (triiodotironina) ou ambos por via intravenosa.

O tratamento começa com pequenas doses do hormônio tireoidiano, porque uma dose muito elevada pode causar efeitos colaterais graves, embora às vezes possa ser necessário usar doses elevadas. A dose inicial e a taxa de aumento são especialmente pequenas nos idosos, que têm frequentemente maior risco de reações adversas. A dose é aumentada gradualmente até que os níveis de TSH no sangue da pessoa voltem ao normal. Durante a gravidez, as doses geralmente precisam ser aumentadas.

OBESIDADE

A obesidade é definida como um índice de massa corporal (IMC) igual ou superior ao percentil 95 para a idade e o sexo. Ainda que a genética e alguns distúrbios causem obesidade, a obesidade adolescente resulta da falta de atividade física e do consumo de mais calorias que o necessário para o nível de atividade.

Alimentar-se com uma dieta nutritiva e aumentar a atividade física ajudam a tratar a obesidade.

A obesidade é definida pelo índice de massa corporal (IMC). O IMC consiste no peso (em quilogramas) dividido pela altura (em metros quadrados). Os adolescentes cujo IMC está na faixa dos 5% superiores para sua idade e sexo são considerados obesos. Estar na faixa dos 5% superiores significa que o IMC é mais elevado que 95% das pessoas com a mesma idade e sexo (ou acima do 95º percentil).

Ainda que a genética e alguns distúrbios causem obesidade, a obesidade adolescente resulta da falta de atividade física e do consumo de mais calorias que o necessário para o nível de atividade.

Causas

Os fatores que influenciam a obesidade entre adolescentes são os mesmos que nos adultos. Distúrbios hormonais, como glândula tireoide hipoativa (hipotireoidismo) ou glândulas adrenais hiperativas, podem resultar em obesidade, mas isso é raramente a causa. Adolescentes com ganho de peso causado por distúrbios hormonais em geral têm baixa estatura e outros sinais do distúrbio subjacente. Um adolescente obeso com baixa estatura e hipertensão arterial deve ser examinado quanto à presença de um distúrbio hormonal chamado síndrome de Cushing A genética exerce uma função, o que significa que algumas pessoas correm um risco maior de serem obesas do que outras.

Tratamento

Hábitos de alimentação saudável e prática de exercícios

O tratamento da obesidade na adolescência deve se concentrar no desenvolvimento de hábitos saudáveis de alimentação e prática de exercícios e não na perda de uma quantidade específica de peso. A redução da ingestão calórica e a queima de calorias são duas maneiras de alcançar essas metas.

A ingestão calórica é reduzida ao:

Estabelecer uma dieta equilibrada com alimentos comuns;

Realizar alterações permanentes dos hábitos alimentares.

A queima de calorias é aumentada com:

Aumento da atividade física.

Acampamentos nas férias de verão para adolescentes obesos podem ajudá-los a perder peso, mas se não continuarem os esforços para perder peso depois que o acampamento tiver terminado, eles geralmente voltam a ganhar peso. Aconselhamento para ajudar os adolescentes a lidar com seus problemas sociais, incluindo a baixa autoestima, pode ser útil.

Devido ao estigma da sociedade contra a obesidade, muitos adolescentes obesos têm uma autoimagem ruim e podem se tornar socialmente isolados.

Medicamentos que ajudam a reduzir o peso em geral não são usados durante a adolescência devido a preocupações referentes à segurança. Uma exceção é o caso de adolescentes obesos com significativo histórico familiar de diabetes tipo 2. Eles correm risco de desenvolver diabetes. O medicamento metformina, usado no tratamento do diabetes, pode ajudá-los a perder peso e também a reduzir seu risco de diabetes.

ALTERAÇÕES NO METABOLISMO ÓSSEO (HIPOCALCEMIA)

A hipocalcemia é a concentração total de cálcio < 8,8 mg/dL (< 2,20 mmol/L) na presença de concentrações normais de proteínas plasmáticas ou concentração plasmática de cálcio iônico < 4,7 mg/dL (< 1,17 mmol/L). As causas incluem hipoparatireoidismo, deficiência de vitamina D e doenças renais. As manifestações incluem parestesias, tetania e, se for grave, convulsões, encefalopatia e insuficiência cardíaca. O diagnóstico envolve medida do cálcio plasmático ajustada pela concentração de albumina plasmática. O tratamento consiste na administração de cálcio e, às vezes, de vitamina D.

Etiologia

A hipocalcemia tem muitas causas, incluindo

- Hipoparatireoidismo;
- Pseudo-hipoparatireoidismo;
- Deficiência e dependência de vitamina D;
- Nefropatias.

DOENÇAS GONADAIS

Os distúrbios gonadais ocorrem como resultado de uma interrupção na estrutura da função das gônadas masculinas ou femininas. As doenças que afetam os ovários incluem câncer ovariano, cistos ovarianos e torção ovariana. Os distúrbios gonadais femininos associados aos hormônios do sistema endócrino incluem a síndrome dos ovários policísticos (resultados de um desequilíbrio hormonal) e amenorreia (sem período menstrual).

As doenças dos testículos masculinos incluem torção testicular (torção do cordão espermático), câncer testicular, epididimite (inflamação do epidídimo) e hipogonadismo (os testículos não produzem testosterona suficiente).

O termo hipogonadismo se traduz pela deficiência de esteróides gonadais (testosterona ou estradiol). O hipogonadismo é classificado como hipergonadotrófico: deficiência primária (gonadal) com elevação de gonadotrofinas (LH / FSH) ou hipogonadotrófico: deficiência secundária / terciária (hipófise / hipotálamo) com redução de gonadotrofinas.

As causas mais comuns do hipogonadismo são descritas a seguir:

1) Hipogonadismo Hipergonadotrófico Masculino: varicocele, orquite, SIDA, doenças granulomatosas com acometimento testicular, lesões cirúrgicas ou traumáticas e torção do testículo, uso de drogas (ex:cetoconazol, flutamida, cimetidina, ciproterona, espironolactona, etanol, heroína, etc), Sind. de Klinefelter.

2) Hipogonadismo Hipogonadotrófico Masculino: neoplasias, pós-cirúrgica, pós-irradiação, traumatismo craniano, doenças infiltrativas e infecciosas, hipofisite auto-imune, anorexia nervosa, infarto hipofisário.

3) Hipogonadismo Hipergonadotrófico Feminino: auto-imune, ovariectomia, quimioterapia, irradiação, agenesia/disgenesia gonadal, defeito enzimático gonadal, galactosemia, Síndrome de Savage.

4) Hipogonadismo Hipogonadotrófico Feminino: funcional (ex: doença crônica debilitante, desnutrição, anorexia nervosa) neoplasias, infecções e doenças granulomatosas, Sind. de Kallmann, Sind. de Sheehan.

O quadro clínico é caracterizado pelas consequências da falta dos esteróides sexuais e depende da faixa etária em que se inicia. Além disso, podem existir sinais e sintomas específicos da doença de base.

No sexo masculino: genitália ambígua, criptoquirdia, micropênis, hipodesenvolvimento sexual e muscular, ginecomastia, habitus eunucóide, redução da pilificação corporal, diminuição da libido, disfunção erétil, atrofia testicular, infertilidade, osteoporose.

No sexo feminino: hipodesenvolvimento sexual, habitus eunucóide, amenorréia ou oligomenorréia, fogachos, osteoporose, entre outros. A investigação

envolve geralmente exames laboratoriais hormonais, exames de imagem e cariótipo, quando indicado.

Hipofunção Testicular

- Utilizado somente para o sexo masculino;
- Defeito na biossíntese de andrógenos testiculares SOE;
- Deficiência de 5-alfa redutase (com pseudohermafroditismo masculino);
- Hipogonadismo testicular SOE;

Hipogonadismo

Define-se hipogonadismo como a deficiência de testosterona associada a sintomas ou sinais, a deficiência de produção de espermatozoides, ou ambas. Pode resultar de uma doença dos testículos (hipogonadismo primário) ou do eixo hipotalâmico-hipofisário (hipogonadismo secundário). Ambos podem ser congênitos ou adquiridos como resultado de envelhecimento, doença, fármacos, ou outros fatores. Ainda, inúmeras deficiências congênitas de enzimas causam diversos graus de resistência androgênica dos órgãos-alvo. O diagnóstico é confirmado pelos níveis hormonais. O tratamento varia de acordo com a etiologia, mas tipicamente é feito com reposição do hormônio liberador de gonadotropina, gonadotropina ou testosterona.

O hipogonadismo primário envolve a incapacidade de os testículos responderem ao FSH e ao LH. Quando o hipogonadismo primário afeta a produção de testosterona, testosterona não consegue inibir a produção de FSH e de LH, fazendo com que seus níveis fiquem elevados. A causa genética mais comum do hipogonadismo primário é a síndrome de Klinefelter. Observa-se disgenesia dos túbulos seminíferos, falha da espermatogênese, hiperplasia de células de Leydig e um cariótipo 47, XXY.

O hipogonadismo secundário é a falha do hipotálamo em produzir o hormônio liberador de gonadotropina (GnRH), como no hipogonadismo hipogonadotrópico idiopático, ou da hipófise em produzir FSH e LH suficientes. No hipogonadismo secundário, os níveis de testosterona são baixos e os níveis de FSH e LH são baixos ou beirando o limite normal. Qualquer doença sistêmica aguda pode causar hipogonadismo secundário temporário.

Algumas síndromes hipogonádicas apresentam causas tanto primárias quanto secundárias (hipogonadismo misto). A tabela Causas do hipogonadismo lista algumas causas comuns de hipogonadismo por categoria.

Algumas síndromes de hipogonadismo (p. ex., criptorquidismo, algumas doenças sistêmicas) afetam a produção de espermatozoides mais que os níveis de testosterona. A idade de início da deficiência de testosterona determina a apresentação clínica: hipogonadismo congênito, de início na infância, ou de início da idade adulta.

O hipogonadismo congênito pode ter início no 1º, 2º, ou 3º trimestre. O início no 1º trimestre do hipogonadismo congênito resulta em diferenciação inadequada do sexo masculino. A ausência completa do efeito da testosterona resulta em genitais externos femininos de aparência normal. A deficiência parcial de testosterona resulta em alterações que variam de genitália externa ambígua até hipospadias. O início da deficiência de testosterona no segundo ou 3º trimestres resulta em micropênis e testículos criptorquídicos

A deficiência de testosterona de início na infância tem poucas consequências e geralmente só é reconhecida até que a puberdade esteja atrasada. Hipogonadismo não tratado impede o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Quando adultos, os pacientes afetados apresentam mau desenvolvimento muscular, voz aguda, escroto pequeno, pelos púbicos e axilares raros e ausência de pelos corporais. Podem desenvolver ginecomastia e proporções eunucoides (envergadura > altura em 5 cm e distância do púbis ao chão > da cabeça ao púbis em > 5 cm) em decorrência de fusão retardada das epífises e continuação do crescimento dos ossos longos.

Sintomas

A deficiência de testosterona de início na vida adulta apresenta diversas manifestações que dependem do grau e da duração da deficiência. Libido diminuída; disfunção erétil; declínio das habilidades cognitivas, como interpretação visual-espacial; distúrbios do sono; instabilidade vasomotora (no hiponogadismo masculino grave) e alterações do humor, como depressão e raiva, são comuns. Perda da massa corporal magra, aumento da gordura visceral, atrofia testicular, osteopenia, ginecomastia e pelos corporais esparsos geralmente demoram meses para se desenvolverem. A deficiência de testosterona pode aumentar o risco de doença coronariana e câncer de próstata.

Diagnóstico

Dosar, inicialmente, FSH, LH e níveis de testosterona.

Em geral, suspeita-se de hipogonadismo congênito ou de início na infância em razão de retardo da puberdade ou desenvolvimento de alterações. O hipogonadismo de início na vida adulta deve ser suspeitado perante sintomas ou sinais, mas geralmente passa despercebido porque esses indicadores clínicos são inespecíficos ou pouco sensíveis. Deve-se considerar a síndrome de Klinefelter em adolescentes do sexo masculino, em jovens com hipogonadismo e em todos os homens adultos com testículos muito pequenos. O hipogonadismo exige testes confirmatórios.

Diagnóstico de hipogonadismo primário e secundário

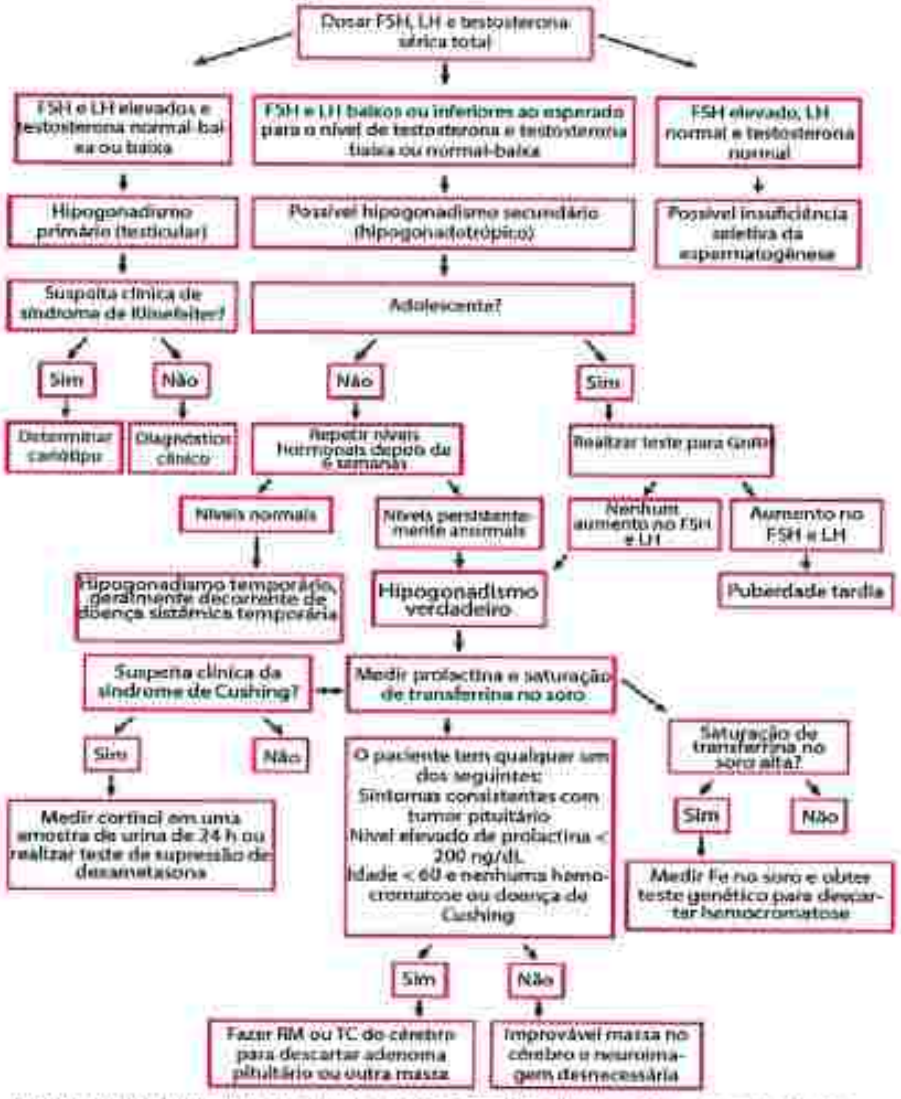
Elevações do hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) são mais sensíveis para hipogonadismo primário do que as reduções nos níveis de testosterona. Os níveis de LH e FSH também ajudam a diferenciar se o hipogonadismo é primário ou secundário.

Concentrações elevadas de gonadotrofinas, mesmo com concentrações no limite inferior da normalidade de testosterona, indicam hipogonadismo primário, ao passo que concentrações baixas de gonadotrofinas ou menores do que as esperadas em relação às concentrações de testosterona indicam hipogonadismo secundário. Alternativamente, em meninos de baixa estatura com retardo puberal, concentrações baixas de testosterona associadas a baixas concentrações de gonadotrofinas podem resultar de retardo constitucional da puberdade. A elevação do FSH sérico com concentrações normais de testosterona e LH geralmente ocorre na presença de falha da espermatogênese, mas com produção normal de testosterona. A causa do hipogonadismo geralmente é evidente clinicamente. O hipogonadismo primário não necessita de maior avaliação, apesar de alguns médicos realizarem um cariótipo para diagnosticar de forma definitiva a síndrome de Klinefelter.

As concentrações de testosterona sérica e total (e, quando possível, livre), FSH sérico e LH sérico são dosadas simultaneamente. Os limites normais de testosterona variam entre 300 e 1.000ng/dL (10,5 a 35 mmol/L). O nível de testosterona deve ser medido na parte da manhã (antes das 10:00 da manhã) para confirmar o hipogonadismo. Por causa da elevação de SHBG com o envelhecimento, a testosterona total é um indicador menos sensível do hipogonadismo após os 50 anos de idade. Apesar das concentrações séricas de testosterona livre refletirem de forma mais precisa as concentrações funcionais de

testosterona, sua dosagem torna necessário o equilíbrio em diálise, que é tecnicamente difícil e não amplamente disponível.

Alguns kits disponíveis comercialmente, incluindo um ensaio com análogo de testosterona livre, tentam medir as concentrações séricas de testosterona livre, mas os resultados geralmente não são precisos, em particular em condições (como diabetes tipo 2, obesidade e hipotireoidismo) que alteram as concentrações de SHBG. As concentrações de testosterona livre podem ser calculadas com base nos valores de SHBG, albumina e testosterona, utilizando-se calculadoras disponíveis online.



Testosterona total tem sensibilidade mais baixa para hipogonadismo em homens com > 50 anos.
Se teste para testosterona livre é fracamente associada estiver disponível, os níveis são medidos.
Do contrário, os níveis são calculados.
Recomendado por alguns médicos
FSH = hormônio estimulante de folículos; LH = hormônio luteinizante; Fe = ferro.

Figura 9: Fluxograma de atendimento ao paciente com doença gonadal.

Avaliação do hipogonadismo secundário:

Em razão de qualquer doença sistêmica, que pode não ter sido percebida, poder reduzir temporariamente as concentrações de testosterona, hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH), o hipogonadismo secundário deve ser confirmado pela dosagem dessas concentrações novamente ao menos 4 semanas depois do desaparecimento da doença sistêmica. Para confirmar o hipogonadismo secundário em adolescentes, pode-se considerar o teste de estimulação do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH). Se os níveis de FSH e LH aumentam em resposta ao GnRH IV a puberdade é simplesmente tardia. Se as concentrações não se elevarem, é provável que seja um caso de hipogonadismo verdadeiro.

Para auxiliar a determinar a causa do hipogonadismo secundário confirmado, os exames devem incluir o nível sérico de prolactina (para triagem de adenoma hipofisário) e saturação de transferrina (para triagem de hemocromatose). Testes de imagem da sela túrcica com RM ou TC são feitos para excluir macroadenoma hipofisário ou outra massa em homens com qualquer um dos seguintes:

- Terapia de reposição de testosterona;
- Reposição de gonadotrofinas para restauração da fertilidade decorrente de hipogonadismo secundário.

Tratamento

O tratamento do hipogonadismo é direcionado à reposição adequada de androgênios de forma conveniente e segura. Embora pacientes com hipogonadismo primário possam não ser férteis com qualquer tipo de terapia hormonal, os pacientes com hipogonadismo secundário geralmente tornam-se férteis com o tratamento com gonadotrofinas.

Terapia de reposição de testosterona (TRT)

Como a testosterona exógena compromete a espermatogênese, a TRT deve ser evitada, quando possível, no hipogonadismo secundário ou quando a fertilidade é uma preocupação subsequente (a menos que haja falha testicular primária irreversível). O tratamento do hipogonadismo secundário em meninos com terapia de reposição de gonadotropina (ver Tratamento de infertilidade decorrente de hipogonadismo) normalmente estimula a produção de androgênios, bem como a espermatogênese.

TRT pode ser utilizada para homens que:

- Não têm sinais de puberdade
- Estão perto dos 15 anos de idade
- Nos quais o hipogonadismo secundário foi excluído

Eles podem receber por via intramuscular (IM) 50 mg de enantato de testosterona de ação prolongada, 1 vez por mês por 4 a 8 meses. Essas doses baixas causam um pouco de virilização e induzem à puberdade sem reduzir a estatura final. Adolescentes mais velhos com deficiência de testosterona recebem enantato de testosterona ou cipionato de testosterona de ação prolongada em dose gradualmente aumentada por 18 a 24 meses de 50 para 100 e então para 200 mg IM a cada 1 ou 2 semanas. O gel transcutâneo também pode ser utilizado, apesar de ser mais caro, poder ser transmitido por contato íntimo para outros e ser de titulação mais difícil. É razoável que adolescentes mais velhos usem as preparações de gel de testosterona em dosagens para adultos quando a dosagem intramuscular tiver sido titulada a uma dose equivalente a 100 a 200 mg a cada 2 semanas.

Adultos com deficiência de testosterona estabelecida podem se beneficiar da terapia de reposição. O tratamento reduz o curso da osteopenia, perda de massa muscular, instabilidade vasomotora, perda de libido, depressão e ocasionalmente disfunção erétil . Os efeitos da testosterona na doença coronariana não são bem compreendidos. A TRT pode melhorar o fluxo sanguíneo da artéria coronária e diminuir o risco de doença coronariana. Preocupações de que a TRT aumente o risco de eventos cardiovasculares foram levantadas em alguns estudos recentes. Mas um grande corpo de opinião de especialistas refutou essas preocupações. As vantagens do tratamento com testosterona devem ser ponderadas com o possível aumento do risco cardiovascular para cada paciente individual.

As opções de terapia de reposição são:

- Gel de testosterona a 1% ou 1,62% (5 a 10 g de gel por dia para fornecer 5 a 10 mg de testosterona diariamente);
- Solução transdérmica axilar (60 mg, 1/dia);
- Um comprimido na mucosa bucal (30 mg duas vezes por dia);
- Adesivo transdérmico de testosterona (4 mg, 1 vez/dia);

- Uma apresentação nasal (um spray de 5,5 mg em cada narina 3 vezes ao dia);
- Implantes subcutâneos de testosterona (75 mg/pastilha) administrados como 4 a 6 unidades colocados a cada 3 a 6 meses;
- Enantato ou cipionato de testosterona IM (100 mg, a cada 7 dias, ou 200 mg a cada 10 a 14 dias); disponível para auto injeção.

O gel de testosterona mantém concentrações fisiológicas sanguíneas mais consistentes que os outros tratamentos, mas sistemas de adesivos ou intramusculares são algumas vezes preferíveis por causa do custo mais baixo. As formulações orais são absorvidas de maneira imprevisível.

Os potenciais efeitos adversos da testosterona e seus análogos incluem;

- Eritrocitose (particularmente em homens com mais de 50 anos de idade recebendo testosterona IM);
- Tromboembolia venosa não relacionada à eritrocitose;
- Acne;
- Ginecomastia;
- Baixa contagem de espermatozoides.

Muito raramente, ocorre aumento da próstata. Acredita-se que seja uma taxa fisiológica do crescimento decorrente da normalização da testosterona sérica. Sintomas obstrutivos da próstata são raros. Atualmente, não se considera que a reposição de testosterona a níveis fisiológicos cause novo câncer de próstata ou acelere o crescimento ou a disseminação do câncer prostático localizado. Acredita-se que a TRT tenha efeito mínimo sobre os níveis séricos do antígeno prostático específico (PSA) em homens com hiperplasia prostática benigna e em homens com câncer de próstata tratado. Mas as bulas dos produtos afirmam que a TRT é contraindicada em homens com câncer de próstata, e homens com ou que têm alto risco de câncer de próstata devem ser aconselhados e acompanhados cuidadosamente com exame de toque retal e dosagens de PSA ao receberem TRT. A biópsia da próstata pode ser necessária se a elevação de PSA persiste após a TRT ser interrompida. Homens hipogonadais com câncer de próstata tratado de maneira eficaz ou com suspeita de

câncer de próstata devem ser encaminhados a um especialista. As formulações orais de testosterona têm riscos de disfunção hepatocelular e adenoma hepático.

Homens que tomam suplemento de testosterona devem ser monitorados periodicamente. Os níveis de hematócrito, PSA e testosterona devem ser medidos trimestralmente durante o primeiro ano de TRT e semestralmente depois disso. O exame de toque retal deve ser oferecido nas mesmas épocas. Se o Hct ≥ 54%, a dose de testosterona deve ser reduzida. Aumentos significativos do nível do PSA devem prontamente considerar a indicação de biópsia da próstata em homens com chances de diagnóstico e tratamento de câncer da próstata.

GINECOMASTIA

A ginecomastia corresponde à hipertrofia do tecido glandular mamário em homens. Deve ser diferenciada de pseudoginecomastia, a qual corresponde ao aumento da gordura da mama, mas sem aumento do tecido glandular.

Diagnóstico

Se há suspeita de câncer de mama, deve-se realizar mamografia. Se houver suspeita de outra doença, deve-se realizar os exames adequado.

Geralmente, não são necessários muitos exames, em especial para pacientes com ginecomastia crônica detectada apenas durante o exame físico. Sendo o hipogonadismo um tanto comum com o avançar da idade, alguns especialistas recomendam a dosagem do nível de testosterona sérico em homens mais velhos, particularmente se outros achados sugerirem hipogonadismo. Entretanto, em adultos com início recente de ginecomastia dolorosa sem uso de fármacos ou evidência de uma causa patológica, recomenda-se a dosagem do hormônio luteinizante (LH), hormônio folículo-estimulante (FSH), testosterona, estradiol e gonadotropina coriônica humana (hCG). Pacientes com ginecomastia fisiológica idiopática são novamente avaliados após 6 meses.

Tratamento

Na maioria dos casos, não é necessário tratamento específico porque a ginecomastia regride de maneira espontânea ou desaparece depois da cessação do uso de qualquer fármaco causador (exceto, talvez, esteroides anabolizantes) ou do tratamento da doença de base. Alguns médicos utilizam o tamoxifeno, 10 mg por via oral duas vezes/dia caso a dor e a sensibilidade sejam importantes em homens e adolescentes, mas este

tratamento nem sempre é eficaz. O tamoxifeno também pode auxiliar a prevenir ginecomastia em homens tratados com altas doses de antiandrogênios (p. ex., bicalutamida) para câncer da próstata; uma alternativa é a irradiação da mama. É pouco provável que a ginecomastia regrida após 12 meses. Desse modo, após 12 meses, caso a aparência cosmética seja inaceitável, pode-se indicar a remoção cirúrgica do excesso de tecido mamário (p. ex., lipectomia por sucção isolada ou combinada a cirurgia cosmética).

Doenças neuroendócrinas

O sistema endócrino é composto por um grupo de glândulas e órgãos que regulam e controlam várias funções do organismo por meio da produção e secreção de hormônios. Os hormônios são substâncias químicas que afetam a atividade de outra parte do corpo. Em essência, os hormônios atuam como mensageiros que controlam e coordenam as atividades em todo o corpo.

As doenças endócrinas dizem respeito a:

- Um excesso de secreção de hormônio (denominada "hiper" função);
- Uma deficiência de secreção de hormônio (denominada "hipo" função).

As doenças podem ser causadas por um problema na própria glândula ou porque o eixo hipotálamo-hipófise (a interação dos sinais hormonais entre o hipotálamo e a hipófise) está fornecendo estímulo excessivo ou insuficiente. Dependendo do tipo de célula da qual são originados, os tumores podem produzir hormônios em excesso ou destruir o tecido glandular normal, diminuindo a produção hormonal. Às vezes, o sistema imunológico do organismo ataca uma glândula endócrina (uma doença autoimune), o que diminui a produção hormonal.

Exemplos de doenças endócrinas incluem:

- Hipertireoidismo
- Hipotireoidismo
- Doença de Cushing;
- Doença de Addison;
- Acromegalia;

- Baixa Estatura em criança;
- Diabetes
- Distúrbios da puberdade e da função reprodutiva

Diagnótico

Geralmente, o médico mede a concentração dos hormônios no sangue para obter informações sobre o funcionamento da glândula endócrina. Às vezes, a concentração sanguínea isolada não consegue prestar informações suficientes sobre a função da glândula endócrina e, por isso, o médico faz a dosagem dos níveis hormonais em determinados horários ou mais de uma vez ou em horários diferentes (por exemplo, o cortisol); A coleta também pode ocorrer depois de ter administrado um agente estimulante ou supressor (por exemplo, uma bebida açucarada, um medicamento ou um hormônio que podem desencadear ou bloquear a liberação do hormônio) ou depois que a pessoa cumpriu uma determinada instrução (por exemplo, ficar de jejum).

Tratamento

As doenças endócrinas costumam ser tratadas pela reposição de um hormônio cujo nível esteja deficiente ou pela redução de um hormônio cujo nível esteja excessivo. Contudo, às vezes, a causa da doença pode ser tratada. Por exemplo, se houver um tumor em uma glândula endócrina, é possível que ele seja removido.

HIPERANDROGENISMO

A síndrome do ovário policístico ocorre em 5 a 10% das mulheres. Nos EUA, ela é a causa mais comum de infertilidade.Caracteriza-se por obesidade leve, irregularidade menstrual ou amenorreia e sinais de excesso de androgênios (p. ex., hirsutismo e acne). A maioria das pacientes tem múltiplos cistos nos ovários. O diagnóstico é feito por teste de gestação negativo, mensurações dos níveis hormonais e exames de imagem para excluir tumor virilizante. O tratamento é sintomático.

A SOP geralmente é definida como uma síndrome clínica, não pela presença de cistos ovarianos. Tipicamente, porém, os ovários contêm vários cistos foliculares que medem de 2 a 6 mm e, às vezes, grandes cistos contendo células atrésicas. Em geral, define-se pelos sintomas clínicos, e não pela presença de cistos ovarianos.

Essa síndrome envolve anovulação ou disfunção ovulatória e excesso de androgênio de etiologia incerta. Entretanto, algumas evidências sugerem que as pacientes têm uma anormalidade funcional do citocromo P450c17 que afeta a 17-hidroxilase (a enzima limitante da taxa de produção de androgênio); como resultado, aumenta a produção de androgênios.

A síndrome do ovário policístico tem várias complicações graves. Os níveis de estrogênio são elevados, aumentando o risco de hiperplasia endometrial e, com o tempo, câncer endometrial.Os níveis de androgênios são muitas vezes elevados, aumentando o risco da síndrome metabólica e causando hirsutismo. Hiperinsulinemia, devido à resistência à insulina pode estar presente e pode contribuir para o aumento da produção ovariana de androgênios. A longo prazo, o hiperandrogenismo aumenta o risco de doenças cardiovasculares, incluindo hipertensão e hiperlipidemia. O risco de excesso de androgênios e suas complicações podem ser tão alta em mulheres que não estão acima do peso, como naqueles que são. Estudos recentes indicam que a SOP está associada à inflamação crônica de baixo grau e que as mulheres com SOP têm maior risco de esteatose hepática não alcoólica.

Diagnóstico

Critérios clínicos

Em geral, a disfunção ovulatória ocorre na puberdade e resulta em amenorreia primária; portanto, a síndrome do ovário policístico é improvável se menstruações regulares ocorreram por um período posterior à menarca.

Em pacientes com SOP, o exame geralmente detecta muco cervical abundante, refletindo níveis altos de estrogênio. Suspeita-se de SOPC se as mulheres têm pelo menos dois sintomas típicos.

Ultrassonografia pélvica

Laboratoriaia

Os exames incluem teste de gestação; medições séricas de testosterona total, FSH, prolactina e TSH; e ultrassonografia pélvica para excluir outras possíveis causas dos sintomas. Os níveis séricos de testosterona livre são mais sensíveis que os de testosterona total, mas são tecnicamente mais difíceis de medir. Testosterona normal a levemente aumentada e níveis normal a levemente diminuídos de FSH sugerem SOPC.

Para o diagnóstico, são necessários 2 dos 3 critérios a seguir

Disfunção ovulatória causando irregularidade menstrual

Evidência clínica ou laboratorial de hiperandrogenismo > 10 folículos por ovário (detectados na ultrassonografia pélvica), geralmente na periferia, parecendo um colar de pérolas

Em mulheres que preenchem esses critérios, os níveis séricos de cortisol são dosados para excluir síndrome de Cushing e de 17-hidroxiprogesterona matinal para excluir virilização adrenal. DHEAS sérico é medido. Se DHEAS está anormal, a paciente é avaliada como para amenorreia.

Mulheres adultas com síndrome dos ovários policísticos são avaliadas quanto à síndrome metabólica medindo a pressão arterial e, geralmente, glicose e lipídios no soro (perfil lipídico).

Tratamento

O objetivo do tratamento da síndrome do ovário policístico é:

- ✓ Corrigir as anormalidades hormonais e, assim, reduzir os riscos de excesso de estrogênio (p. ex., hiperplasia endometrial) e excesso de androgênio (p. ex., doenças cardiovasculares);
- ✓ Aliviar os sintomas e melhorar a fertilidade.
- Progesterona intermitente ou contraceptivos orais;
- Controle do hirsutismo e, em mulheres adultas, dos riscos de anormalidades hormonais a longo prazo;
- Tratamento de infertilidade em mulheres que desejam a gestação;
- Perda ponderal e exercícios regulares são incentivados. Elas podem ajudar na indução da ovulação, tornar os ciclos menstruais mais regulares, aumentar a sensibilidade à insulina e reduzir a acantose nigricante e o hirsutismo. Além disso, a perda ponderal também pode

ajudar a melhorar a fertilidade. Mas é improvável que a perda ponderal beneficie mulheres com SOP e peso normal.

Contraceptivos hormonais são a terapia de primeira linha para anormalidades menstruais, hirsutismo e acne em mulheres com SOP e que não desejam engravidar. Mulheres geralmente recebem um progestágeno intermitente (p. ex., medroxiprogesterona, 5 a 10 mg por via oral uma vez ao dia, por 10 a 14 dias a cada 1 a 2 meses) ou contraceptivos orais para reduzir o risco de câncer e hiperplasia endometrial. Esses tratamentos também reduzem os androgênios na circulação e, geralmente, ajudam a tornar os ciclos menstruais mais regulares.

Usa-se metformina 500 mg a 1000 mg duas vezes ao dia para ajudar a aumentar a sensibilidade à insulina nas mulheres com SOP, menstruações irregulares e diabetes ou resistência à insulina se modificações no estilo de vida são ineficazes ou se não podem tomar ou não conseguem tolerar contraceptivos hormonais. A metformina também pode reduzir os níveis de testosterona livre. Quando a metformina é usada, os níveis de glicose devem ser medidos e as funções renal e hepática avaliadas periodicamente. Como a metformina pode induzir a ovulação, um contraceptivo deve ser prescrito, se a mulher não deseja engravidar. Metformina ajuda a corrigir as anormalidades metabólicas e glicêmicas e torna os ciclos menstruais mais regulares, mas tem pouco ou nenhum efeito benéfico sobre o hirsutismo, a acne ou a infertilidade.

Para mulheres que desejam engravidar, usam-se tratamentos para infertilidade (p. ex., clomifeno). Clomifeno é atualmente a terapia de primeira linha para a infertilidade. A perda ponderal também pode ajudar. A terapia hormonal que pode ter efeito contraceptivo deve ser evitada. Também pode-se utilizar o inibidor da aromatase, letrozol, para tratar a infertilidade. Como as mulheres com SOP têm maior risco de complicações na gestação (incluindo diabetes gestacional, parto prematuro e pré-eclâmpsia), que são exacerbados pela obesidade, recomenda-se a avaliação pré-concepção do índice de massa corporal, pressão arterial e tolerância oral à glicose.

Para hirsutismo, deve ser realizado tratamento estético (p. ex., eletrólise, depilação, clareamento). Eflornitina creme a 13,9% duas vezes ao dia pode ajudar a remover pelos faciais indesejados. Em mulheres adultas que não desejam engravidar, pode-se experimentar terapia hormonal que reduz os níveis de androgênios ou espironolactona.

Acne podem ser tratadas com os fármacos convencionais (p. ex., peróxido de benzoílo, creme de tretinoína, antibióticos orais e tópicos).

Protocolos Gastroenterologia

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Doença do refluxo gastroesofágico não responsivo ao tratamento inicial;
- Gastrites e dispepsias não responsivas ao tratamento inicial;
- Gastrite atrófica;
- Doença ulcerosa péptica;
- Dor abdominal recorrente;
- Má absorção intestinal (diarreias crônicas);
- Sangramento digestivo;
- Doença celíaca;
- Intolerância a lactose;
- Constipação intestinal refratária;
- Doença diverticular do cólon;
- Síndrome do intestino irritável;
- Ingestão de agentes químicos álcalis/ácidos;
- Disfagia progressiva / estenoses de esôfago;
- Doenças do pâncreas;
- Doença hepática esteatótica não alcoólica e alcóolica;
- Alterações Hepáticas (agenda específica de hepatologia).
- Doença inflamatória intestinal (agenda especifica);
- Hepatites Virais (agenda específica);
- Hipertensão Portal/ Hepatopatias crônicas (agenda específica);

OBS: Pacientes com coledocolitíase encaminhados para colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE): enviar pedido e exames do paciente por e-mail para a CERA, para agendamento. Não precisa solicitar consulta com gastro.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas ubs:

- Dispepsias;
- Gastrite leve/moderada;

- DRGE responsiva ao tratamento;
- Esofagite erosiva graus A e B;
- Pólipos de cólon com displasia de baixo grau;
- Controle de tratamento de H. pylori;
- Diarréia aguda;
- Constipação;

Investigação de pesquisa de sangue oculto (PSO) nas fezes em paciente estável, sem sangramento visível;

- Hemangioma;
- Cisto hepático simples;
- Esteatose hepática com transaminases normais.

Encaminhar a um serviço de emergência

- Suspeita de abdome agudo;
- Dor abdominal com alterações hemodinâmicas;
- Hemorragia digestiva: hematêmese, melena, enterorragia;
- Encefalopatia hepática;
- Pancreatite aguda;
- Diverticulite aguda.

Encaminhar para proctologia

- Doenças orificiais: hemorróidas, plicoma anal, dor anal;
- Sangramento digestivo baixo;
- Fístulas perianais.

DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Incompetência do esfíncter esofágico inferior permite o refluxo do conteúdo gástrico no esôfago, causando dor em queimação. O refluxo prolongado pode provocar esofagite, estenose e raramente metaplasia. O diagnóstico é clínico, algumas vezes por endoscopia, com ou sem pHmetria. O tratamento envolve modificações do estilo de vida,

supressão ácida com inibidores da bomba de prótons e, às vezes, cirurgia.

Sintomas

O sintoma mais proeminente de DRGE é a queimação retroesternal, com ou sem regurgitação do conteúdo gástrico para a boca. Com a aspiração crônica, os pacientes podem apresentar tosse, roncos ou chiado.

A esofagite pode causar odinofagia e mesmo hemorragia, que em geral é oculta, mas pode ser maciça. Estenoses pépticas causam disfagia gradualmente progressiva para alimentos sólidos. Úlceras esofágicas provocam o mesmo tipo de dor encontrada em úlceras gástricas ou duodenais, mas a dor em geral se localiza na região do apêndice xifoide ou região subesternal alta. As úlceras pépticas esofágicas cicatrizam lentamente, tendem a recorrer e costumam causar estenose quando cicatrizam.

Diagnóstico

- Diagnóstico clínico;
- Endoscopia para pacientes que não respondem ao tratamento empírico;
- pHmetria de 24 h para pacientes com sintomas típicos, mas endoscopia normal.

Uma anamnese detalhada aponta para o diagnóstico. Pode-se tentar uma prova terapêutica com supressores de ácido para pacientes com sintomas típicos da DRGE. Deve-se submeter aqueles que não melhoram ou têm sintomas de longa duração ou sintomas das complicações a outros testes.

Endoscopia com lavado para citologia e/ou biópsias de áreas anormais é o procedimento de escolha. A biópsia endoscópica é o único teste que detecta de maneira consistente as alterações na mucosa colunar do esôfago de Barrett. Pacientes com achados endoscópicos sem importância e sintomas típicos, apesar do tratamento com inibidores da bomba de prótons, devem ser submetidos à pHmetria de 24 h. Embora um esofagograma com bário mostre prontamente úlceras esofágicas e estenoses pépticas, é menos útil para refluxo leve a moderado; além disso, a maioria dos pacientes com

anormalidades requer endoscopia subsequente. Pode-se utilizar os achados endoscópicos para classificar a gravidade da esofagite de refluxo:

- Grau A: uma ou mais rupturas da mucosa ≤ 5 mm que não cruzam as partes superiores de 2 pregas da mucosa;
- Grau B: uma ou mais rupturas da mucosa > 5 mm que não cruzam as partes superiores de 2 pregas da mucosa;
- Grau C: uma ou mais rupturas da mucosa que cruzam ≥ 2 pregas mucosas e envolvem < 75% da circunferência do esôfago;
- Grau D: uma ou mais rupturas da mucosa envolvendo ≥ 75% da circunferência esofágica

Manometria esofágica pode ser usada para avaliar o peristaltismo esofágico antes do tratamento cirúrgico.

Tratamento

Mudanças comportamentais:

- Elevação da cabeceira do leito;
- Evitar Certos fármacos (p. ex., anticolinérgicos); Alimentos específicos (p. ex., gorduras, chocolate); café, álcool, gordura e tabagismo;
- Evitar comer em tempo menor que 3 horas antes da horas de dormir;

Recomenda-se perda ponderal para pacientes com sobrepeso e para aqueles que ganharam peso recentemente.

O tratamento farmacológico costuma ser feito com inibidores da bomba de prótons, todos os quais parecem ser igualmente eficazes. Por exemplo, adultos podem receber omeprazol 20 mg por via oral, lansoprazol 30 mg, pantoprazol 40 mg ou esomeprazol 40 mg 30 minutos antes do café da manhã. Em alguns casos (p. ex., resposta somente parcial à dosagem 1 vez/dia) pode-se administrar inibidores da bomba de prótons de 12/12 h. Esses fármacos podem ser mantidos por longo prazo, mas as doses devem ser ajustadas ao mínimo exigido para prevenir os sintomas, incluindo dosagem intermitente

conforme necessário. Bloqueadores de H2 também são uma opção de tratamento eficaz para a DRGE levemente sintomática. Agentes pró-motilidade (p. ex., metoclopramida 10 mg por via oral 30 minutos antes das refeições e ao deitar) são menos eficazes, mas podem ser adicionados a um esquema de inibidor da bomba de prótons.

Realiza-se a cirurgia antirrefluxo (geralmente fundoplicatura via laparoscopia) em pacientes com esofagite graus C e D, hérnias de hiatos volumosas, hemorragia, estenose, úlceras, grandes quantidades de refluxo não ácido sintomático ou em pacientes que não toleram o tratamento farmacológico. Estenoses esofágicas costumam ser tratadas por meio de dilatações endoscópicas repetidas.

O **esôfago de Barrett** pode ou não regredir com o tratamento médico ou cirúrgico. Como o esôfago de Barrett é um precursor do adenocarcinoma, recomenda-se vigilância endoscópica para transformação maligna a cada 3 a 5 anos na doença não displástica. As diretrizes de 2015 do American College of Gastroenterology recomendam terapia ablativa endoscópica para pacientes com displasia de baixo grau confirmada e sem comorbidade limitadora da vida; entretanto, vigilância endoscópica a cada 12 meses é uma alternativa aceitável. Deve-se tratar os pacientes com esôfago de Barrett e displasia de alto grau confirmada com terapia ablativa endoscópica, a menos que tenham comorbidade limitadora da vida. Técnicas ablativas endoscópicas para esôfago de Barrett incluem ressecção endoscópica da mucosa, terapia fotodinâmica, crioterapia e ablação a laser.

GASTRITE

Gastrite é a inflamação da mucosa gástrica causada por vários quadros, como infecção (Helicobacter pylori), medicamentos ou intoxicantes (AINE e bebidas alcoólicas), estresse e fenômenos autoimunes (gastrite atrófica). Muitos casos são assintomáticos, mas algumas vezes pode ocorrer dispepsia e sangramento gastrintestinal.

Gastrite é classificada como gastrite erosiva ou gastrite não erosiva com base na gravidade da lesão da mucosa. É também classificada de acordo com sua localização (ou seja, cárdia, corpo, antro). A gastrite pode ser ainda classificada histologicamente como aguda ou crônica, de acordo com o tipo de célula inflamatória presente. Nenhum esquema de classificação corresponde perfeitamente à fisiopatologia; há alto grau de sobreposição. Algumas formas da gastrite envolvem doenças ácido-pépticas e doenças por H. pylori .

Além disso, o termo é genericamente aplicado a desconforto abdominal não específico (e em geral não diagnosticado) e gastroenterite.

Gastrite aguda

A gastrite aguda é caracterizada por infiltrado leucocitário polimorfonuclear da mucosa do antro e do corpo gástrico.

Gastrite crônica

Implica em algum grau de atrofia (com perda da função da mucosa) ou metaplasia. Com frequência, envolve o antro (com subsequente perda de células G e diminuição da produção de gastroina) ou o corpo (com perda das glândulas oxínticas, provocando produção reduzida de ácido, pepsina e fator intrínseco).

Diagnóstico

O diagnóstico é por endoscopia.

Tratamento

O tratamento é direcionado à causa, mas com frequência é feito por supressão ácida e uso de antibióticos para a infecção por Helicobacter pylori.

MÁ ABSORÇÃO INTESTINAL

A síndrome da má absorção refere-se a diversos distúrbios em que os nutrientes dos alimentos não são absorvidos de forma adequada no intestino delgado.Certos distúrbios, infecções e procedimentos cirúrgicos podem causar má absorção; a má absorção causa diarreia, perda de peso e fezes volumosas e excepcionalmente fétidas

O diagnóstico é baseado nos sintomas característicos, juntamente com exame de amostra de fezes e, às vezes, uma biópsia do revestimento do intestino delgado;

O tratamento depende da causa.

Normalmente, os alimentos são digeridos e os nutrientes (proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas e minerais) são absorvidos e entram na corrente sanguínea principalmente no intestino delgado.

A má absorção pode ocorrer se um distúrbio:

- Afetar a digestão de alimentos;
- Afetar a absorção de nutrientes;
- Problemas digestivos;

A digestão dos alimentos pode ser afetada por:

- ✓ Distúrbios que impedem a mistura adequada dos alimentos com as enzimas digestivas e ácidos gástricos
- ✓ Produção ineficiente de enzimas digestivas
- ✓ Redução da produção de bile
- ✓ Excesso de ácido gástrico
- ✓ Crescimento do tipo errado de bactéria no intestino delgado
- ✓ A mistura inadequada pode ocorrer em pessoas que sofreram extração cirúrgica de parte do estômago.

Em alguns distúrbios, o corpo produz quantidades ou tipos inadequados de enzimas digestivas necessárias à decomposição dos alimentos. Por exemplo, uma causa frequente da má absorção é a produção insuficiente de enzimas digestivas pelo pâncreas, que ocorre em algumas doenças pancreáticas, ou pelo intestino delgado, que ocorre na deficiência de lactase .

A redução da produção de bile, o excesso de ácido no estômago ou a proliferação de tipos inadequados de bactérias no intestino delgado também podem interferir na digestão.

A absorção de nutrientes na corrente sanguínea pode ser afetada por:

- ✓ Distúrbios que lesionam o revestimento do intestino delgado;
- ✓ Remoção cirúrgica de uma parte grande do intestino delgado;
- ✓ Distúrbios que afetam o fluxo do líquido linfático do intestino.

O revestimento normal contém pequenas projeções denominadas vilosidades, e projeções ainda menores, denominadas microvilosidades, que criam uma enorme superfície de absorção. Tanto infecções (bacterianas, virais ou parasitárias) como distúrbios como, por exemplo, a doença celíaca e a doença de Crohn podem lesionar o revestimento intestinal.

A retirada cirúrgica de uma parte grande do intestino delgado diminui substancialmente a área de absorção (consulte síndrome do intestino curto).

Distúrbios que afetam o fluxo de líquido linfático do intestino para a corrente sanguínea (o caminho que as gorduras precisam percorrer para entrar na corrente sanguínea) como, por exemplo, a malformação de vasos linfáticos intestinais, a obstrução de vasos linfáticos devido a linfoma (câncer do sistema linfático) ou o comprometimento da entrada de líquido linfático na corrente sanguínea devido a alguns distúrbios cardíacos, também reduzem a absorção.

Sintomas de má absorção

Os sintomas da má absorção são causados pela maior passagem de nutrientes não absorvidos pelo trato digestivo ou pelas deficiências nutricionais que resultam de uma absorção inadequada. O sintoma mais comum da má absorção é a diarreia crônica. Quando ocorre a absorção inadequada de gorduras no trato digestivo, as fezes contêm um excesso de gordura e ficam com cor clara, moles, volumosas, gordurosas e fétidas (esse tipo de fezes é denominado esteatorreia). As fezes podem flutuar ou ficar grudadas ao vaso sanitário e dificilmente desaparecem quando se dá descarga. A absorção inadequada de determinados açúcares pode provocar diarreia explosiva, distensão abdominal e flatulência.

A má absorção pode causar deficiência de todos os nutrientes ou deficiências seletivas de proteínas, gorduras, açúcares, vitaminas ou minerais. Pessoas com má absorção geralmente perdem peso ou têm dificuldade de manter seu peso, apesar do consumo adequado de alimentos. As mulheres podem parar de menstruar. Os sintomas variam, conforme as deficiências específicas. Por exemplo, uma deficiência de proteínas pode causar inchaço e acúmulo de líquidos (edema) em qualquer parte do corpo, secura da pele e queda de cabelo. A anemia (causada por uma deficiência de vitaminas ou ferro) pode causar fadiga e fraqueza.

Diagnóstico da má absorção

- Uma avaliação médica do histórico e dos sintomas da pessoa;
- Exames para confirmar o diagnóstico (como exames de sangue e fezes);
- Exames para diagnosticar a causa (como biópsia e exame diagnóstico por imagem);

- ✓ O médico suspeita que há má absorção presente quando a pessoa tem diarreia crônica, perda de peso e anemia, além de outros sinais de deficiências nutricionais. A má absorção é menos óbvia e geralmente mais difícil de reconhecer em idosos do que em crianças.
  Exames de laboratório podem ajudar a confirmar o diagnóstico:

- ✓ Exames para medir a quantidade de gordura nas fezes;
- ✓ Exame visual das fezes;
- ✓ Exames de sangue.

O exame de fezes que mede diretamente a quantidade de gordura nas fezes coletadas ao longo de três dias é o mais confiável para o diagnóstico de má absorção de gordura, que está presente em quase todos os distúrbios de má absorção. Um resultado com mais de sete gramas de gordura nas fezes diárias é sinal de má absorção. Também estão disponíveis alguns outros exames que medem a gordura nas fezes, mas que não exigem três dias de coleta de amostras.

As amostras de fezes são examinadas a olho nu ou através de um microscópico. Fragmentos de alimentos por digerir indicam que o alimento passa muito rapidamente pelo intestino. Em uma pessoa com icterícia, as fezes com excesso de gordura indicam uma diminuição na produção ou na secreção de bile. Às vezes, parasitas ou seus ovos são visíveis ao microscópio, sugerindo que a má absorção é causada por uma infecção parasitária.

Exames de sangue e outras análises laboratoriais podem ser realizados para detectar má absorção de outras substâncias específicas, como a lactose ou a vitamina B12. Assim que o médico confirmar que a pessoa apresenta distúrbio de má absorção, exames são realizados para diagnosticar a causa:

- Biópsia;
- Exames de diagnóstico por imagem;
- Exames da função pancreática.

Uma biópsia pode ser necessária para detectar anormalidades no revestimento do intestino delgado. O tecido é extraído com um endoscópio (tubo flexível para visualização equipado com uma fonte de luz e uma câmara em que uma pequena pinça pode ser inserida) introduzido pela boca até o intestino delgado.

É possível que sejam realizados exames de imagem, tais como o exame de cápsula endoscópica , a tomografia computadorizada ou radiografias com bário .

Se o médico considerar que a causa da má absorção pode ser a produção insuficiente de enzimas digestivas no pâncreas, são realizados exames de função pancreática. No entanto, alguns desses exames são complexos, requerem muito tempo e são invasivos. Em um dos exames, é introduzido um tubo pela boca que é guiado até o intestino delgado, onde os sucos gástricos que contêm as secreções pancreáticas podem ser coletados e medidos. Em outro exame, a pessoa ingere uma substância que necessita de enzimas pancreáticas para a sua digestão. Os produtos da digestão são, então, medidos na urina. Recentemente, os médicos estão realizando exames mais simples e fáceis para medir os níveis de certas enzimas pancreáticas nas fezes.

Outros exames diagnósticos (cultura de bactérias digestivas, determinados exames de sangue ou testes respiratórios) também podem ser realizados.

PROTOCOLO DA GERIATRIA

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Idoso frágil;
- Idoso em processo de fragilização.

OBS: O idoso acamado deve ser atendido pela unidade básica de saúde ou pela Assistência Domiciliar (se estiver disponível no município) pela dificuldade de locomoção.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS

- Idoso com queixas de dor por todo corpo, nos ossos, nervosismo, insônia.

Encaminhar imediatamente a uma UPA ou emergencia hospitalar

- Demência com disfagia e distúrbios de conduta;
- Delirium;
- Risco de suicídio.

IDOSO FRÁGIL OU EM PROCESSO DE FRAGILIZAÇÃO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Idade igual ou superior a 60 anos associado a um dos critérios abaixo:

- Doença causadora de incapacidade funcional: demência, depressão, doença de Parkinson, parkinsonismo, sequela de AVC;
- Duas ou mais quedas em 1 ano com alteração de marcha ou equilíbrio;
- Síndrome consuptiva (perda de mais de 5% do peso nos últimos 3 meses);
- Suspeita de Alzheimer;
- Gigantes da geriatria (5Is): instabilidade, imobilidade, incontinência, iatrogenia e

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): laboratório, USG, TC.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

PROTOCOLOS DA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Patologia uterina;
- Patologia cervical;
- Patologia vulva;
- Ginecologia Adolescente;
- Endometriose – dor pélvica;

- Climatério;
- Ginecologia cirúrgica;
- Ginecologia endocrinologia;
- Ginecologia oncologia;
- Planejamento familiar;
- Infertilidade;
- Gestante de alto risco;
- Obstetrícia medicina fetal;
- Mastologia;
- Urologia – ginecologia.

OBS: Todas as agendas tem nomenclatura especifica.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS

- Papanicolau classe I e II;
- Sinusorragia;
- Endometriose com diagnóstico recente (para tratamento inicial);
- Miomatose sem repercussão clínica;
- Cisto tubário ou ovariano de crescimento lento ou estacionado;
- Educação sexual;
- Prevenção do câncer do colo uterino e de mamas;
- Prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis;
- Climatério assintomático ou pouco sintomático;
- Nódulos de mama BIRADS 1 e 2.
-

Encaminhar imediatamente a uma emergência hospitalar

- Violência sexual: tem ambulatório especifico no HU e MCD com agenda interna;
- Intercorrências obstétricas que não podem aguardar avaliação ambulatorial agendada eletiva.

Encaminhar para proctologia

- Retocele/enterocele.

Encaminhar para cirurgia plástica

- Mastectomia cirúrgica prévia necessitando reconstrução tardia de mama e hipermastias necessitando mamoplastia redutora.

ENCAMINHAR PARA UROLOGIA

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Clearance de creatinina menor que 60 ml/min;
- Alterações no exame de urina;
- Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado;
- Lesão renal em diabéticos, hipertensos e nas doenças reumatológicas e autoimunes;
- Doença renal policística;
- Rim único;
- Doença renal crônica;
- Pré e pós transplante renal (agenda específica).

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS

- Cisto renal simples;
- Lesão renal por hipertensão ou Diabetes ou outras causas com clearance de creatinina > 60 ml/min ou microalbuminúria.

Encaminhar imediatamente a uma UPA ou emergencia hospitalar

- Insuficiência renal aguda;
- Hematúria ou proteinúria com alteração da função renal (glomerulopatia

rapidamente progressiva);

- Cólica reno-ureteral;
- Clearance de creatinina <15 ml/min com urgência dialítica (hipercalemia, acidose metabólica, congestão pulmonar, sangramento, urêmico);
- Síndrome nefrótica (proteinúria >3,0g/dia, hipoalbuminemia, dislipidemia, edema).
- Síndrome nefrítica (Hipertensão de início recente, hematúria, proteinúria, edema).
- Cistos simples sintomáticos ou de grande volume;
- Litíase renal, uretral ou vesical;
- Infecção do trato urinário (ITU) de repetição;
- Nódulos sólidos renais;
- Incontinência urinária.

PROTOCOLO DA NEUROLOGIA

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Infecção do sistema nervoso central (SNC) com indicação cirúrgica;
- Malformações arteriovenosas;
- Fístula arteriovenosa;
- Fístula liquórica;
- Hidrocefalia no adulto;
- Aneurismas cerebrais;
- Deformidades craniofaciais;
- Espasmo hemifacial;
- Síndrome pós laminectomia;
- Epilepsia;

- Doença de Parkinson;
- Neurocisticercose.

Encaminhar imediatamente a uma emêrgencia hospitalar

- AVC agudo;
- Crise epilética de início agudo ou associada a quadro febril;
- TCE recente;
- Abscesso cerebral;
- Aneurisma cerebral roto.

Encaminhar para neurologia

- Neuropatias periféricas sem indicação cirúrgica;
- Neurocisticercose sem indicação cirúrgica;
- Hidrocefalia sem indicação cirúrgica;
- AVC sem indicação cirúrgica;
- Epilepsia sem indicação cirúrgica;
- Doença de Parkinson sem indicação cirúrgica.
- Doenças do sistema nervoso periférico: Tumores, trauma, síndrome do túnel do carpo, síndrome do túnel cubital, síndrome do túnel do tarso, síndromes compressivas do sistema nervoso periférico, lesões do plexo braquial, síndrome do desfiladeiro.

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Cefaléia crônica, refratária ou associada a abuso medicamentoso;
- Distúrbios do movimento (distúrbios do equilíbrio com quedas frequentes, distonias, doença de Parkinson e parkinsonismo a esclarecer, tremor essencial de difícil controle, ataxias a esclarecer, coréias/balismos, etc.);
- Doenças neuromusculares e neurogenéticas (dores neuropáticas

refratárias, parestesias recorrentes e/ou progressivas, paraplegias e paresias, esclerose lateral amiotrófica, suspeita de miopatias, miastenia gravis e outros transtornos neuromusculares, amiotrofias espinhais e síndromes correlatas, polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico (SNP), doenças neurogenéticas).

- Distúrbios de aprendizagem e retardo psicomotor;
- Síndromes demenciais (demências primárias ou secundárias com dúvida diagnóstica e demência rapidamente progressiva);
- Mielomeningocele;
- Acidente vascular cerebral (AVC) - (agenda específica);
- Demência (agenda específica);
- Epilepsia (agenda específica);
- Esclerose múltipla e outras doenças desmielinizantes/neuroimunológicas (agenda específica);
- Doença de Parkinson (agenda específica).

Situações que não neccessitam encaminhameno e podem ser manejadas na UBS:

- Nervosismo (não há razão para encaminhar ao neurologista, exceto quando presente sinais e sintomas de lesão orgânica no sistema nervoso central (SNC)). Avaliar o caso e encaminhar a saúde mental antes do encaminhamento formal;
- Queixas somáticas sem explicação médica;
- Epilepsia controlada com medicação (1 a 2 anos de monoterapia, a partir de então, encaminhar para centro especializado, ver fluxograma);
- Vertigens e tonturas;
- Alterações do sono (insônia);
- Prevenção primária e secundária das doenças encefalovasculares;
- Doença de Parkinson inicial e não complicada;
- Tremor essencial;

- Síndromes demenciais e comprometimento cognitivo leve;
- Cefaléia primária típica (enxaqueca/migrânea, tensional, em salvas) e episódica, sem abuso medicamentoso;
- Paralisia facial periférica;
- Neurocisticercose.

Encaminhar imediatamente a uma upa ou emergencia hospitalar

- AVC (isquêmico ou hemorrágico) agudo;
- Crise epilética de início agudo ou associada a quadro febril ou estado de mal epiléptico;
- Trauma cranioencefálico (TCE) ou trauma raquimedular (TRM) recente;
- Infecção do SNC (suspeita de meningites, encefalites, mielites, abscesso cerebral, etc.).

Encaminhar para neurocirurgia

- Fístula liquórica ou arteriovenosa;
- Hidrocefalia com indicação cirúrgica;
- Deformidades craniofaciais;
- Espasmo hemifacial;
- Síndrome pós laminectomia;
- Malformações arteriovenosas;
- Neoplasias encefálicas e do cordão espinhal;
- Malformações anatômicas do desenvolvimento (encéfalo e medula espinhal);
- Abscessos encefálicos;
- Espondilose, espondilólise, espondilolistese;
- Herniação do disco intervertebral;
- Estenose espinhal;
- Aneurismas cerebrais.

PROTOCOLO DA ONCOLOGIA - IODOTERAPIA

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Neoplasias e tireóide com indicação de iodoterapia.

PROTOCOLO DA PNEUMOLOGIA

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

DPOC é a limitação do fluxo de ar provocada por resposta inflamatória a toxinas inalatórias, frequentemente fumaça de cigarro. Deficiência de alfa-1 antitripsina e uma variedade de exposições ocupacionais constituem causas menos comuns em indivíduos que não são tabagistas. Os sintomas compreendem tosse produtiva e dispneia, que se desenvolvem durante anos, e os sinais comuns envolvem a diminuição dos sons respiratórios e a ausculta de sibilos. Os casos graves podem ser complicados por perda ponderal, pneumotórax, episódios frequentes de descompensação aguda, insuficiência cardíaca direita e/ou insuficiência respiratória aguda ou crônica. O diagnóstico baseia-se na história, no exame físico, na radiografia do tórax e nos testes de função pulmonar. O tratamento é com broncodilatadores, corticoides e, se necessário, oxigênio e antibióticos. Utilizam-se procedimentos de redução do volume pulmonar ou transplante de pulmão na doença avançada. Cerca de 50% dos pacientes com DPOC grave morrem em até 10 anos após o diagnóstico.

Sinais e Sintomas

A DPOC leva anos para se desenvolver e progredir. A maioria dos pacientes fumou ≥ 20 cigarros/dia durante mais de 20 anos.

Habitualmente, a tosse produtiva é o sintoma inicial em pacientes tabagistas com 40 a 50 anos de idade.

A dispneia que é progressiva, persistente, relacionada com o esforço ou que piora na vigência de infecção respiratória surge eventualmente quando o paciente está entre os 50 e os 60 anos de idade.

Em geral, os sintomas progridem rapidamente em pacientes que continuam a fumar e têm exposição mais elevada ao tabaco durante a vida toda. A cefaleia matinal desenvolve-se na doença mais avançada e sinaliza hipercapnia ou hipoxemia noturnas.

Os sinais de DPOC incluem sibilos, uma fase expiratória prolongada da respiração; hiper insuflação pulmonar que se manifesta pela atenuação dos sons cardíacos e pulmonares; e aumento do diâmetro anteroposterior do tórax (tórax em barril). Pacientes

com enfisema avançado perdem peso e desenvolvem perda muscular decorrente da imobilidade; hipóxia; ou da liberação de mediadores inflamatórios sistêmicos, como FNT-alfa.

Os sinais da doença avançada envolvem respiração com lábios cerrados, uso de músculos respiratórios acessórios, movimento paradoxal da caixa torácica inferior para dentro durante a inspiração (sinal de Hoover) e cianose. Os sinais de cor pulmonares incluem distensão da veia do pescoço; desdobramento da 2ª bulha cardíaca, com hiperfonese do componente pulmonar; sopro da insuficiência tricúspide; e edema periférico. Os impulsos do ventrículo direito são incomuns na DPOC, em virtude da hiper insuflação pulmonar.

O pneumotórax espontâneo pode ocorrer (possivelmente relacionado com ruptura das bolhas) e deve-se suspeitar dele em qualquer paciente com DPOC cujo estado pulmonar piora de maneira abrupta.

Os sintomas podem ser classificados de acordo com as atividades que causam dispneia [ver tabela Medição da falta de ar usando o Modified British Medical Research Council (mMRC)

Diagnóstico

- Radiografia de tórax;
- Testes de função pulmonar.

Sugere-se o diagnóstico pela história clínica, exame físico e achados de exames de imagem do tórax e é confirmado por testes de função pulmonar. Sintomas semelhantes podem ser causados por asma, insuficiência cardíaca e bronquiectasia. DPOC e asma são, às vezes, facilmente confundidas e podem se sobrepor (chamada sobreposição de DPOC e asma).

Tratamento

- Cessação do tabagismo;
- Broncodilatadores inalatórios, corticoides, ou ambos;
- Tratamento de suporte (p. ex. suplementação de oxigênio, reabilitação pulmonar).

Tratamento da DPOC engloba o tratamento da doença crônica estável e prevenção e tratamento de exacerbações .

PARAR DE FUMAR É FUNDAMENTAL NO TRATAMENTO DA DPOC

HIPERTENSÃO PULMONAR

A hipertensão pulmonar é o aumento da pressão na circulação pulmonar. Há muitas causas secundárias e alguns casos são idiopáticos. Na hipertensão pulmonar, os vasos pulmonares tornam-se constritos e/ou obstruídos. A hipertensão pulmonar grave provoca sobrecarga e insuficiência do ventrículo direito. Os sintomas são fadiga, dispneia aos esforços e, ocasionalmente, desconforto torácico e síncope. O diagnóstico é feito encontrando a pressão arterial pulmonar (estimada por ecocardiografia e confirmada por cateterismo do coração direito). O tratamento é com vasodilatadores e diuréticos pulmonares. Em alguns casos avançados, o transplante pulmonar é uma opção. Em geral, o prognóstico é pobre se não for encontrada uma causa secundária tratável.

A hipertensão pulmonar é o aumento da pressão na circulação pulmonar. Há muitas causas secundárias e alguns casos são idiopáticos. Na hipertensão pulmonar, os vasos pulmonares tornam-se constritos e/ou obstruídos. A hipertensão pulmonar grave provoca sobrecarga e insuficiência do ventrículo direito. Os sintomas são fadiga, dispneia aos esforços e, ocasionalmente, desconforto torácico e síncope. O diagnóstico é feito encontrando a pressão arterial pulmonar (estimada por ecocardiografia e confirmada por cateterismo do coração direito). O tratamento é com vasodilatadores e diuréticos pulmonares. Em alguns casos avançados, o transplante pulmonar é uma opção. Em geral, o prognóstico é pobre se não for encontrada uma causa secundária tratável.

A hipertensão pulmonar apresenta três perfis hemodinâmicos distintos:

- Hipertensão pulmonar pré-capilar;
- Hipertensão pulmonar pós-capilar;
- Hipertensão pulmonar pré e pós-capilar combinada.

Sinais e Sintomas

Ocorre dispneia de esforço progressiva e fadiga fácil em quase todos os casos. O desconforto torácico atípico e a sensação de cabeça vazia ou pré-síncope durante o esforço podem acompanhar a dispneia e indicar doença mais grave. Esses sintomas

decorrem primariamente do débito cardíaco insuficiente causado por insuficiência cardíaca direita. Ocorre fenômeno de Raynaud em cerca de 10% dos pacientes com hipertensão arterial pulmonar idiopática, a maioria mulheres. A hemoptise é rara, mas pode ser fatal. Raramente também pode ocorrer rouquidão decorrente da compressão do nervo laríngeo recorrente pela artéria pulmonar dilatada (síndrome de Ortner).

Na doença avançada, os sinais da insuficiência cardíaca direita podem incluir impulso do ventrículo direito, desdobramento amplo da 2ª bulha cardíaca (B2), hiperfonese do componente pulmonar (P2) da B2, clique de ejeção pulmonar, 3ª bulha cardíaca ventricular direita (B3), sopro da regurgitação tricúspide e distensão da veia jugular, possivelmente com ondas V. Congestão hepática e edema periférico são manifestações tardias comuns. A ausculta pulmonar frequentemente é normal. Os pacientes também podem ter manifestações de doenças causadoras ou associadas.

Diagnóstico

- Dispneia aos esforços;
- Confirmação inicial: radiografia de tórax, espirometria, eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma e hemograma;
- Identificação de distúrbio subjacente: cintigrafia de ventilação/perfusão ou angiografia por tomografia computadorizada (TC), TC de alta resolução (TCAR) do tórax, testes de função pulmonar, polissonografia, teste de HIV teste de função hepática e teste para anticorpos antinucleares;

Realizam-se exames adicionais conforme indicado para diagnosticar causas secundárias que não estão clinicamente aparentes. Esses testes podem incluir:

- Cintigrafia de ventilação/perfusão ou angiografia por TC para detectar doença tromboembólica;
- TCAR para obter informações detalhadas sobre doenças do parênquima pulmonar em pacientes nos quais a angiografia por TC não é feita;
- Testes de função pulmonar para identificar doença pulmonar obstrutiva ou restritiva;
- Testes séricos para autoanticorpos [p.ex., anticorpos antinucleares (ANA), fator reumatoide (FR), Scl-70 (topoisomerase I), anti-Ro (anti-

SSA), antiribonucleoproteína (anti-RNP) e anticorpos anticentrômeros] para coletar evidências a favor ou contra doenças autoimunes associadas;

A hipertensão pulmonar tromboembólica crônica é sugerida por TC ou cintigrafia de ventilação/perfusão (VQ) e é diagnosticada por arteriografia. A angiografia por TC é útil para avaliar coágulos proximais e a invasão fibrótica do lúmen vascular. Realizam-se outros testes, como testes para HIV, testes hepáticos e polissonografia no contexto clínico apropriado.

Confirmação do diagnóstico e aferição da gravidade: cateterização da artéria pulmonar (cateterização do coração direito);

Estudos adicionais para determinar a gravidade: teste de caminhada de 6 minutos, níveis plasmáticos de pro-peptídeo natriurético cerebral (BNP) N-terminal (NT-proBNP) ou BNP.

Presume-se o diagnóstico de hipertensão pulmonar em pacientes com dispneia de esforço importante, que não apresentam outras queixas e nem têm história ou sinais de outros distúrbios que sabidamente provocam sintomas pulmonares.

Inicialmente, os pacientes são submetidos a radiografia de tórax , espirometria e ECG para identificar as causas mais comuns de dispneia. Após esses exames, o paciente é submetido a ecocardiografia com Doppler transtorácico para avaliar a função ventricular direita e pressões arteriais pulmonares sistólicas, assim como a existência de cardiopatia estrutural esquerda que desencadeie hipertensão pulmonar secundária. Realiza-se um hemograma para documentar a presença ou a ausência de eritrocitose, anemia e trombocitopenia.

O achado mais comum da radiografia na hipertensão pulmonar é o aumento dos vasos hilares, que se interrompem rapidamente na periferia, e um ventrículo direito que preenche o espaço aéreo anterior na radiografia de perfil. A espirometria e os volumes pulmonares podem ser normais ou detectar uma restrição leve, e a capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO) geralmente é reduzida. Outros achados do ECG incluem desvio do eixo para a direita, R > S em V1, S1Q3T3 (sugerindo hipertrofia ventricular direita) e ondas P com pico (sugerindo dilatação atrial direita) na derivação II.

Deve-se medir a saturação de oxigênio no lado direito para excluir derivação da esquerda para a direita através do defeito do septo interatrial. Embora a pressão

média na artéria pulmonar > 20 mmHg e uma pressão arterial pulmonar de oclusão de ≤ 15 mmHg na ausência de causa subjacente definam a hipertensão arterial pulmonar, a maioria dos pacientes com hipertensão pulmonar desenvolve pressões significativamente mais elevadas (p. ex., 60 mmHg).

Fármacos que dilatam de modo agudo os vasos pulmonares, como óxido nítrico inalável, epoprostenol ou adenosina são geralmente administrados durante o cateterismo. A diminuição das pressões das câmaras direitas em resposta a esses fármacos ajuda na escolha dos fármacos para o tratamento. A biópsia, realizada amplamente no passado, não é necessária e nem recomendada em decorrência de alta morbidade e mortalidade.

Achados ecocardiográficos da disfunção sistólica cardíaca direita (p. ex., excursão sistólica da valva tricúspide no plano anular) e certos resultados do cateterismo cardíaco direito (p. ex., baixo débito cardíaco, média da pressão da artéria pulmonar elevada e pressões do átrio direito altas) indicam que a hipertensão pulmonar é grave.

Outros indicadores da gravidade da hipertensão pulmonar são utilizados para avaliar o prognóstico e ajudar a monitorar as respostas ao tratamento. Eles incluem baixos níveis plasmáticos durante uma pequena distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos e elevação nos níveis plasmáticos de peptídeo natriurético cerebral N-terminal-pro (NT-pro-BNP) ou peptídeo natriurético cerebral (BNP).

Tratamento

- Evitar atividades que possam exacerbar a doença (p. ex., tabagismo, altitude alta, gestação, uso de simpaticomiméticos);
- Hipertensão pulmonar idiopática e familiar: epoprostenol intravenoso; análogos da prostaciclina inaláveis, orais, subcutâneos ou intravenosos; antagonistas dos receptores da endotelina por via oral; e/ou inibidores da fosfodiesterase 5 por via oral, estimuladores da guanilato ciclase solúvel por via oral; agonistas do receptor de prostaciclina (IP2) por via oral;
- Hipertensão arterial pulmonar secundária: tratamento do distúrbio subjacente;
- Transplante de pulmão;

- Terapia adjuvante: suplementação de oxigênio, diuréticos e/ou anticoagulantes.

Hipertensão arterial pulmonar, grupo 1

O tratamento da hipertensão arterial pulmonar está evoluindo rapidamente.

O epoprostenol intravenoso, um análogo da prostaciclina, melhora a função e alonga a sobrevida, mesmo de pacientes que não respondem ao vasodilatador durante o cateterismo. O epoprostenol é a terapia mais eficaz para a hipertensão pulmonar. As desvantagens compreendem a necessidade de infusão contínua por cateter central e efeitos adversos importantes e frequentes, incluindo rubor, diarreia e bacteremia decorrente do cateter central de demora. Análogos da prostaciclina por inalação, via oral, por via subcutânea ou IV (iloprosta ou treprostinila) estão disponíveis. Selexipag é uma pequena molécula por via oral biodisponível que ativa o receptor da prostaglandina I2 e reduz as taxas de mortalidade e morbidade.

Três antagonistas orais dos receptores de endotelina, o bosentano, a ambrisentana e a macitentan, estão agora disponíveis. Sildenafil, tadalafil e vardenafil, que são inibidores orais da fosfodiesterase 5 (PDE5I), também podem ser usados. O riociguate é o primeiro estimulador da guanilato ciclase. Um estudo de 2015 comparou a eficácia da monoterapia com 10 mg de ambrisentano oral e 40 mg de tadalafil por via oral à terapia combinada desses 2 fármacos, todos tomados 1 vez/dia.

Resultados clínicos adversos (morte, hospitalização, progressão da doença ou resultado ruim a longo prazo) foram menores com a terapia de combinação do que com a monoterapia. A terapia de combinação também reduziu significativamente os níveis de NT-pro-BNP e aumentou as distâncias de caminhada de 6 minutos e a porcentagem de respostas clínicas satisfatórias. Esse estudo aponta para múltiplas vias iniciando o tratamento da hipertensão arterial pulmonar com a terapia de combinação. Contudo, os inibidores da fosfodiesterase 5 não podem ser combinados com o riociguat porque ambas as classes de fármaco aumentam os níveis de monofosfato cíclico de guanosina (cGMP) e a combinação pode levar à uma perigosa hipotensão. Pacientes com insuficiência cardíaca direita grave com alto risco de morte súbita podem se beneficiar do tratamento precoce com um análogo da prostaciclina por via intravenosa ou subcutânea.

Recomenda-se terapia de combinação sequencial em vez de terapia de combinação inicial. Estudos confirmam que a morbidade e a mortalidade diminuíram

com o macitentano, usado isoladamente ou quando combinado com outros fármacos para o tratamento da hipertensão arterial pulmonar. A morbidade e a mortalidade são mais baixas com selexipag do que com placebo, seja o selexipag usado isoladamente ou combinado com um inibidor da fosfodiesterase 5, um antagonista do receptor da endotelina ou ambos. Por fim, o riociguat aumentou a distância percorrida na caminhada de 6 minutos, diminuiu a resistência vascular pulmonar e melhorou a classe funcional, seja como monoterapia ou como terapia de combinação sequencial em pacientes que receberam um antagonista do receptor de endotelina ou prostanoide.

O algoritmo de recomendação atual inclui realizar testes vasoativos no laboratório de cateterismo. Se os pacientes são vaso-reativos, deve-se tratá-los com um bloqueador dos canais de cálcio. Deve-se estratificar os pacientes que não são vaso-reativos de acordo com a classificação da New York Heart Association (NYHA). Pacientes das classes II a III devem iniciar a ERA mais PDE5i e considerar a adição de selexipag. Em pacientes classe IV da NYHA, deve-se iniciar a terapia com epoprostenol parenteral mais um ERA/PDE5i, devendo-se considerar um encaminhamento precoce a um centro de transplante.

Estudaram-se os análogos da prostaciclina, antagonistas dos receptores da endotelina e estimuladores da guanilato ciclase principalmente na HAP idiopática; mas deve-se usar esses fármacos com cautela (considerando o metabolismo dos fármacos e as interações medicamentosas) em pacientes com HAP devido à doença do tecido conjuntivo, HIV ou hipertensão portopulmonar . Deve-se evitar vasodilatadores em pacientes com HAP decorrente de doença veno-oclusiva pulmonar devido ao risco de edema pulmonar catastrófico.

Obs: Todo paciente encaminhado para consulta no ambulatório de pneumologia deve comparecer com RX de tórax e trazendo o filme do RX. Isso é fundamental para o manejo e a resolutividade do caso.

Casos de **Tuberculose pulmonar** devem ser tratados nas UBS ou encaminhados para internação, se necessário. Casos multirresistentes: reinserir na agenda de Consulta em Tuberculose Multirresistente.

PROTOCOLOS DE ACESSO ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS

PROTOCOLO DA CARDIOLOGIA - PEDIATRIA

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Sopros;
- Alterações do ritmo cardíaco;
- Síncope;
- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC);
- Hipertensão arterial sistêmica;
- Hipertensão arterial pulmonar;
- Todas as cardiopatias congênitas, abordadas ou não por cirurgia ou intervencionismo por técnicas hemodinâmicas;
- Miocardiopatias ou miocardite;
- Febre reumática;
- Suspeita de síndrome genética;
- Doenças sistêmicas que podem acometer o coração (colagenoses, fibrose cística, Doença de Kawasaki, anemia falciforme, miopatias etc.);
- Avaliação para uso de medicação cardiotóxica;
- Avaliação de risco cirúrgico ou atividade física.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS

- Liberação para atividade física escolar em criança assintomática sem achados ao exame físico, como rotina;
- Arritmia sinusal.

Encaminhar imediatamente a uma UPA ou emergência hospitalar

- Insuficiência cardíaca ou respiratória descompensada;
- Quadro febril a esclarecer (mesmo com sopro ou cardiopatia prévia documentada);
- Suspeita de doença de Kawasaki;
- Taquicardia paroxística supraventricular;
- Suspeita de febre reumática em atividade, com comprometimento cardíaco.

Cirurgia Pediátrica

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta:

- Hérnia inguinal;
- Hérnia epigástrica;
- Hérnia umbilical;
- Hidrocele;
- Fimose;
- Criptorquidia/ testículo retrátil;
- Colelitíase;
- Malformações do trato gastrointestinal;
- Alterações de vias biliares, excluindo colelitíase;
- Anomalias anorretais;
- Cisto branquial;
- Cisto tireoglosso;
- Hemangiomas;

- Nevus gigantes;
- Queimaduras;
- Apêndice auricular.

PROTOCOLO DA DERMATOLOGIA

- Abscessos para drenagem.

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Unha encravada;
- Granuloma ungueal;
- Lipomas;
- Cisto sebáceo;
- Verruga vulgar;
- Nevos;
- Foliculite após avaliação pela dermatologia;
- CBC (carcinoma basocelular) e CEC (carcinoma espinocelular) de pele de pequena extensão.
- Dermatoses infecciosas;
- Dermatoses eritemato escamosas (líquen plano, psoríase, ptiríase rosa);
- Síndrome eczematosa;
- Dermatoses vesico bolhosas;
- Micoses;

- Neoplasias;
- Farmacodermias;
- Urticária crônica;
- Vitiligo;
- Acne;
- Alopecia;
- Colagenoses;
- Hemangiomas;
- Hiperhidrose.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS

- Psoríase leve;
- Dermatites leves;
- Acne graus 1 e 2;
- Prurido leve, escabiose.

Encaminhar imediatamente a uma UPA ou emergência hospitalar

- Dermatoses generalizadas agudas (reações medicamentosas, dermatoses vesico- bolhosas generalizadas, reações hansênicas graves, eritema polimorfo grave);
- Dermatoses infecciosas graves (erisipela bolhosa, celulite de face, fasceite necrotizante);
- Urticária com angioedema.

PROTOCOLO DA HEMATOLOGIA PEDIATRICA

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Anemia.

Considerações Gerais Sobre a Anemia

- Anemia é um quadro clínico em que o número de glóbulos vermelhos é baixo.

Causas da Anemia

As causas da anemia são numerosas, mas a maioria pode ser agrupada de acordo com três mecanismos principais que produzem anemia:

- Perda de sangue (hemorragia excessiva);
- Produção inadequada de glóbulos vermelhos;
- Destruição excessiva de glóbulos vermelhos;

Sintomas da Anemia

Os sintomas variam dependendo da gravidade da anemia e da velocidade do seu desenvolvimento. Algumas pessoas com anemia leve, especialmente quando ela se desenvolve lentamente, não apresentam absolutamente nenhum sintoma. Outras pessoas podem apresentar sintomas somente ao realizar esforço físico. Uma anemia mais grave pode causar sintomas mesmo quando a pessoa está em repouso. Os sintomas são mais graves quando uma anemia leve ou grave se desenvolve rapidamente como, por exemplo, no caso de uma hemorragia associada à ruptura de um vaso sanguíneo.

Diagnóstico de Anemia

- Exames de sangue.

Às vezes, a anemia é detectada antes de as pessoas notarem sintomas, quando exames de sangue de rotina são realizados. Níveis baixos de hemoglobina ou redução do hematócrito (porcentagem de glóbulos vermelhos presentes no volume total do sangue) em uma amostra de sangue confirmam a anemia. Outros exames, tais como de amostra de sangue ao microscópio e, com menor frequência, exame de uma amostra tomada da medula óssea, ajudam a determinar a causa da anemia.

Tratamento

- Transfusões de sangue em casos muito graves:
- ICC hiperdinâmica, Hb<3,0g%, etc.
- Administração de sais ferrosos:
- 3 – 5 mg/kg/dia
- Fonte alimentar de Vitamina C e estômago vazio
- Evitar complexos vitamínicos e de sais (Ca, P, Zn)
- Sulfato, fumarato, gluconato, succinato, citrato
- Corrigida a hemoglobina, dar o Ferro por mais 2-3 meses para
- repor estoques

Linfocitopenia

A linfocitopenia é um número anormalmente baixo de linfócitos (um tipo de glóbulo branco) no sangue.

Causas de Linfocitopenia

Diversos distúrbios e quadros clínicos, incluindo infecção por vírus como o vírus da imunodeficiência humana (HIV) – o vírus que causa a AIDS – e o vírus da gripe , podem reduzir o número de linfócitos no sangue. A linfocitopenia pode ser:

- Aguda: ocorre brevemente durante certas doenças e depois geralmente se soluciona;
- Crônica: ocorre por períodos mais longos devido a distúrbios duradouros.

Causas de linfocitopenia aguda

O número de linfócitos pode diminuir temporariamente durante:

- Certas infecções virais (como gripe e hepatite);
- Jejum;
- Épocas de tensão física intensa;
- Uso de corticosteroides (como prednisona);
- Quimioterapia e/ou radioterapia para câncer.

Causas de linfocitopenia crônica

O número de linfócitos pode permanecer reduzido por um longo período quando as pessoas têm:

- Desnutrição;
- Certos distúrbios autoimunes, tais como lúpus eritematoso sistêmico(lúpus), artrite reumatoide e miastenia grave;
- Certas infecções crônicas, como AIDS e tuberculose miliar;
- Certos tipos de câncer, como leucemias e linfomas.

O número de linfócitos pode ficar muito reduzido permanentemente em certos distúrbios de imunodeficiência hereditária como a síndrome de DiGeorge, a síndrome de Wiskott-Aldrich, a Imunodeficiência grave combinada e a ataxia-telangietasia.

Sintomas de Linfocitopenia

A linfocitopenia leve pode não causar nenhum sintoma. Às vezes, os sintomas da doença que causou a linfocitopenia podem estar presentes. Por exemplo, as pessoas podem apresentar:

- Linfonodos aumentados e baço aumentado, sugerindo câncer ou infecção por HIV;
- Tosse, coriza e febre, sugerindo uma infecção viral respiratória;
- Tonsilas ou linfonodos pequenos, sugerindo um

distúrbio hereditário do sistema imunológico;

- Articulações inchadas, dolorosas e erupção cutânea, sugerindo artrite reumatoide ou lúpus eritematoso sistêmico;

Um número drasticamente reduzido de linfócitos resulta em infecções repetidas por bactérias, vírus, fungos e parasitas e os sintomas dessas infecções variam amplamente, de acordo com o local de infecção e o micro-organismo específico.

Diagnóstico de Linfocitopenia

- Hemograma completo;

A linfocitopenia leve é normalmente diagnosticada por acaso, quando um hemograma completo é feito por outras razões. O hemograma completo também é feito em pessoas com infecções graves ou recorrentes e em pessoas com infecções causadas por organismos que geralmente não causam infecções. Esse exame pode revelar linfocitopenia grave como explicação da razão pela qual a pessoa desenvolveu infecções incomuns ou recorrentes.

O número de tipos específicos de linfócitos (células T, células B e células NK) no sangue também pode ser determinado. A diminuição de certos tipos de linfócitos pode ajudar a diagnosticar certos distúrbios, como AIDS, ou certos distúrbios de imunodeficiência hereditária.

Tratamento de Linfocitopenia

- Tratamento da causa

O tratamento de linfocitopenia depende principalmente da causa. A linfocitopenia causada por um medicamento geralmente começa a se resolver dias depois de a pessoa parar de tomar o medicamento. Se a linfocitopenia for resultado de AIDS, a terapia de combinação com pelo menos três medicamentos antivirais de diferentes classes pode aumentar o número de células T e prolongar a sobrevida.

Pode ser administrada gamaglobulina (uma substância rica em anticorpos) para ajudar a prevenir infecções em pessoas com escassez de células B (que, em consequência, apresentam deficiência na produção de anticorpos).

Em caso de desenvolvimento de infecção, é administrado um antibiótico, antifúngico, antiviral ou anti parasítico específico direcionado contra o organismo infeccioso.

Outras Doenças do Sistema Hematologico

- Leucocitose;
- Trombocitopenia/ trombocitose;
- Pancitopenia;
- Doença hemolítica;
- Síndromes hemorrágicas agudas;
- Adenomegalias;
- Esplenomegalia;
- Sobrecarga de ferro.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS

- Anemia ferropriva responsiva ao tratamento.

Encaminhar imediatamente a uma UPA ou emergência hospitalar

- Pancitopenia aguda;
- Anemia grave sintomática;
- Blastos no sangue periférico;
- Leucocitose maior que 50.000/mm^3;
- Leucopenia menor que 1000/mm^3;
- Plaquetopenia com sangramento;
- Suspeita de tumores malignos;
- Eventos trombóticos;
- Síndrome hemorrágica aguda;

- Hemofilia com hematoma/hemartrose.

Encaminhar para Infectologia pediátrica

- Adenomegalia aguda e/ou esplenomegalia febril a esclarecer;
- Anemias ou outras alterações de hemograma secundárias à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e/ou tratamento antiretroviral sem resposta às reposições instituídas.

Encaminhar para Gastro Pediatria

- Hepatomegalia;
- Icterícia colestática.

PROTOCOLO PARA PEDIATRIA/NEURO:

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Traumatismo craniano;
- Tumores do sistema nervoso central (SNC);
- Malformações do crânio, cérebro e medula espinhal;
- Hidrocefalia;
- Aneurismas;
- Patologias vasculares do sistema nervoso;
- Epilepsia sem indicação cirúrgica;
- Cefaléias não investigadas ou sem indicação cirúrgica;
- Transtornos neuromusculares sem indicação cirúrgica;
- Crise convulsiva única;

- Convulsão febril complexa (ou atípica, ou complicada);
- Encefalopatias progressivas;
- Distúrbios do movimento;
- Doenças neuromusculares;
- Síndromes neurocutâneas.

Encaminhar imediatamente a uma UPA ou emergência hospitalar

- Crise epilética recente;
- Traumatismo crânio encefálico (TCE) recente.

PROTOCOLO DA OFTALMOLOGIA - PEDIATRIA

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Baixa acuidade visual para investigação e/ou seguimento;
- Revisão de lentes corretivas;
- Conjuntivite de repetição;
- Dacriocistite;
- Obstrução do canal lacrimal;
- Epífora;
- Cefaleia que sugira etiologia oftalmológica sem outras causas aparentes;
- Estrabismo;
- Astenopia ocular;
- Estrabismo.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS

- Conjuntivite aguda.

Encaminhar imediatamente a uma UPA ou emergência hospitalar

- Baixa visual súbita;
- Descolamentos de retina recente menos de 15 dias;
- Trauma ocular;
- Dacriocistite aguda.

Encaminhar para sub especialidade

- Catarata (agenda específica);
- Glaucoma (agenda específica);
- Ptose palpebral (agenda de plástica ocular);
- Tumores (agenda de plástica ocular).

PROTOCOLO DA ORTOPEDIA PEDIATRIA

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Pé torto congênito;
- Luxação congênita do quadril;
- Deformidades nos joelhos, ombros e membros;
- Fraturas, lesões traumáticas, tendinosas não agudas;
- Patologias da coluna (cifose acentuada, escoliose, espondilolistese, fraturas, infecções: discite, osteomielite) - agenda específica.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS

- Traumas sem fraturas, entorses;
- Cisto sinovial assintomático.

Encaminhar imediatamente a uma UPA ou emergência hospitalar

- Dor após trauma agudo ou recente, com suspeita de fratura ou luxação;
- Dor em membros sem história de trauma, de início agudo, associado à febre, recusa para deambulação, queda do estado geral;
- Suspeita de infecção (artrite séptica ou osteomielite);
- Suspeita de maus tratos.

Encaminhar para o reumatologista

- Dor poliarticular crônica com elevação de provas de atividade inflamatória.

Encaminhar para cirurgia torácica

- Pectus escavatum em maiores de 12 anos.

PROTOCOLO DA OTORRINOLARINGOLOGIA

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta Sinais e sintomas de doenças

- Respirador bucal;
- Roncos e apnéia do sono;
- Obstrução nasal permanente associada à rinite alérgica;
- Sangramento nasal / epistaxe;
- Lesões de cavidades oral, nasal e paranasal;

- Lesões traumáticas do nariz;
- Rouquidão / disfonia;
- Adenoamigdalites de repetição;
- Hipoacusia / surdez;
- Supuração crônica nos ouvidos.

Patologias otorrinolaringológicas

- Hipertrofia de adenoides;
- Hipertrofia de amígdalas / amigdalite crônica;
- Hipertrofia de cornetos;
- Desvio de septo;
- Sinusites de repetição;
- Laringite crônica;
- Otite média mucóide;
- Otite média crônica;
- Otomastoidite aguda ou crônica;
- Corpo estranho de ouvido / difícil remoção;
- Teste da orelhinha alterado.

PROTOCOLO DA UROLOGIA PEDIÁTRICA

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Litíase com hidronefrose;

- Hidronefrose congênita;
- Refluxo vesicoureteral (RVU);
- Doenças do ureter (duplicidade pieloureteral, estenose da junção pieloureteral, ureterocele);
- Lesões de uretra (trauma, estenose, válvula de uretra posterior);
- Cisto epidídimo / epididimite;
- Varicocele;
- Hipospádia;
- Incontinência urinária;
- Bexiga neurogênica;
- Micropenis;
- Malformações/ anomalias genitais;
- Neoplasia de rins.

Encaminhar para o Ambulatório de Cirurgia geral – pediatria

- Criptorquidia;
- Fimose;
- Hidrocele.

Encaminhar para o Ambulatório de Nefrologia pediátrica

- Infecção do trato urinário (ITU) de repetição;
- Enurese;
- Hematúria;
- Litíase para investigação metabólica;
- Glomerulonefrite.

PROTOCOLOS DE ACESSO NUTRIÇÃO

PROTOCOLO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Desnutrição/baixo peso (com diagnóstico e acompanhamento médico);
- Pacientes para suporte nutricional enteral (gastrostomia, nasoenteral, nasojejunal);
- Doença celíaca;
- Doenças inflamatórias intestinais;
- Alergia a proteína do leite de vaca (APLV);
- Acompanhamento de pacientes em uso de terapia nutricional enteral (gastrostomia, nasoenteral, nasojejunal);
- Obesidade associado à síndrome metabólica (DM, HAS, Dislipidemia);
- Dislipidemia associado à DM tipo 1 e 2, doença renal crônica e alto risco de eventos coronarianos;
- Cirrose hepática;
- Avaliação para cirurgia bariátrica (agenda específica);
- Transtornos alimentares.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS

- Sobrepeso;
- Obesidade;
- Diabetes.

Quando encaminhar para nutrologia?

- Suporte nutricional enteral (gastrostomia, nasoenteral, nasojejunal) com necessidade de prescrição médica;
- Pacientes com necessidade de prescrição de fórmulas especiais;
- Desnutrição/baixo peso;
- Suspeita de alergia a proteína do leite de vaca ou outras alergias alimentares (sem diagnóstico médico);
- Suspeita de doença celíaca (sem diagnóstico médico);
- Suspeita de outras alergias alimentares (sem diagnóstico médico);
- Dislipidemia com necessidade de tratamento medicamentoso;
- Obesidade/Sobrepeso;
- Transtornos alimentares (sem diagnóstico médico).

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS

- Erros alimentares;
- Obesidade/sobrepeso sem co-morbidades;
- Anemia ferropriva;
- Orientações para introdução alimentar.

PROTOCOLOS DE ACESSO FONOAUDIOLOGIA

PROTOCOLO DA CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA – ADULTO

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Disfonia funcional;
- Paralisia de pregas vocais;
- Nódulos de pregas vocais;

- Pólipo de pregas vocais;
- Papiloma de laringe;
- Edema de laringe;
- Edema de Reinke;
- Cisto de prega vocal;
- Outras doenças das pregas vocais e da laringe (fenda triangular posterior, fenda em ampulheta, fenda fusiforme, sulco vocal, presbifonia);
- Pré e pós-operatório de cirurgia de pregas vocais.

Não encaminhar:

- Alterações da mastigação e deglutição;
- Disfagia;
- Desordens da fala;
- Pré e pós-operatório de cirurgias da bucomaxilofacial;
- Sequelas de voz e deglutição de câncer de cabeça e pescoço: laringectomias, tireoidectomias;
- Respiradores orais;
- Tratamento de labirintopatias;
- Linguagem/afasia;
- Dificuldades e transtornos de aprendizagem;
- Reabilitação de deficiente auditivo;
- Paralisia facial periférica.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS

- Alterações da mastigação e deglutição;
- Desordens da fala;
- Respiradores orais;
- Linguagem/afasia;
- Dificuldades e transtornos de aprendizagem;
- Paralisia facial periférica.

PROTOCOLOS DE ACESSO EXAMES

PROTOCOLO DE AUDIOMETRIA - ADULTO

Critérios de Encaminhamento

- Hipoacusia neurossensorial;
- Hipoacusia mista;
- Surdez súbita;
- Hipoacusia causada por ruídos;
- Zumbidos;
- Vertigens;
- Usos de drogas ototóxicas;
- Próteses auditivas;
- Lesões pós traumatismos crânio encefalico(TCE)
- Doença de Mimiere;
- Neuronite vestibular;
- Neurinoma do acústico;

- Otoesclerose;
- Presbiacusia;

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

É importante considerar na abordagem inicial do paciente:

- História clínica, história detalhada de patologia pregressa e história familiar relacionada à patologia, exame físico **(é importante a descrição do exame de otoscopia para o agendamento);**
- Exames complementares realizados (inclusive audiometrias anteriores).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Otorrinolaringologista, Médico do trabalho, Médico da família e Neurologista.

PROTOCOLO DE BIÓPSIA HEPÁTICA

Critérios de encaminhamento

Hepatite viral crônica B ou C para estadiamento;

Hepatopatia a esclarecer;

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na história do paciente a idade, sintomas, evolução do quadro e a doenças associadas e medicações em uso.

OBS: É imprescindível trazer no dia da consulta: TAP e plaquetas (realizado a menos de 3 meses) e ultrassonografia de abdome superior (dos últimos 2 anos).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

FLUXO DE ACESSO:

- Para agendar este procedimento a história clínica e cópia dos laudos dos exames complementares devem ser trazidas na consulta de triagem que será agendada antes do procedimento;
- Após a consulta o paciente deverá ser chamado para agendar o procedimento conforme disponibilidade do serviço;
- Caso necessário poderá ser solicitado mais dados clínicos ou exames complementares, a critério do médico avaliador.

PROTOCOLO DE NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

- A eletrencefalografia é o registro e a avaliação da atividade elétrica cerebral obtida através da aplicação de elétrodos (aproximadamente 20 eletrodos) na superfície do couro cabeludo. Este registro, o eletroencefalograma (EEG), é um método complementar de diagnóstico em diversas enfermidades neurológicas. O exame dura cerca de 20-30 minutos.

- O EEG de rotina (convencional) é um instrumento fundamental para a confirmação do diagnóstico de epilepsia, permitindo a caracterização das crises e auxiliando na classificação da epilepsia, mas não deve ser utilizado de forma isolada para o diagnóstico. Se for normal não exclui o diagnóstico de epilepsia.

- O EEG faz parte integrante da avaliação de uma criança (ou de um adulto) com uma primeira crise epiléptica não febril.

- O EEG não deve ser realizado em caso de provável síncope ou evento súbito não epiléptico, devido à possibilidade de poderem ocorrer alterações transitórias da eletrogênese cerebral que mimetizem atividade epileptiforme (resultado falso positivo).

- Não se recomenda a realização de EEG após crise febril simples. Após uma crise febril complexa ou estado de mal febril a ocorrência de

atividade lenta, focal, persistente, é associada ao desenvolvimento de um foco epileptogênico com igual localização.

- O estado de mal epiléptico (convulsivo ou não) é indicação absoluta para EEG de emergência.

Situações que justificam EEG de emergência

- Após tratamento de crise ou estado de mal convulsivo generalizado (se o doente não recuperar a consciência em > 30 minutos, e desde que este fato não seja explicado por medicações sedativas.
- Ausência de causa subjacente que explique o coma ou alteração do estado de consciência ou estado mental.

Situações que não são indicações para realização de EEG de emergência

- Doente que teve uma crise e se recuperou;
- Doente que está definitivamente em crise (diagnóstico definitivo);
- Doente em coma e estado mental anormal por explicação óbvia e definitiva (AVE isquêmico ou hemorrágico, TCE);
- O EEG não é útil para a avaliação rotineira de pacientes com cefaleia. Embora não se exclua a possibilidade do uso do EEG em pacientes com cefaleia e sintomas associados sugerindo crises epilépticas como auras atípicas e episódios de perda de consciência.

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

- Crise epiléptica ou Epilepsia ou suspeita clínica dessa doença;
- Transtornos paroxísticos e/ou alteração da consciência que fazem diagnóstico diferencial com Epilepsia, quando há dúvida diagnóstica: síncope, distúrbios do sono, distúrbios psiquiátricos, distúrbios do movimento;
- Transtorno global do desenvolvimento (p. ex.: autismo);
- Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade;
- Retardo do desenvolvimento neuro psicomotor;

- Encefalopatias: estáticas ou progressivas;
- Encefalopatias: metabólica, tóxica, medicamentosa, inflamatória, etc.;
- Determinar morte cerebral em comatosos;
- Crise febril complicada.

Não encaminhar

- Cefaléias primárias típicas;
- Crise febril simples;
- Síncope ou outro evento não-epiléptico definido.

Protocolo da Endoscopia Digestiva Alta (EDA)

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)/ esofagite de refluxo (refratários ao tratamento, acima de 40 anos); Esôfago de Barret;
- Úlcera gástrica (controle de tratamento);
- Dispepsia, dor epigástrica, dor abdominal refratários ao
- tratamento; Vômitos persistentes;
- Suspeita ou história familiar de Câncer gástrico;
- Avaliação de hipertensão portal/ varizes
- esofagianas;
- Investigação de sangramento, anemia, pesquisa de sangue oculto (PSO) nas fezes e/ou
- Disfagia;
- Pré-operatório de gastroplastia;
- Investigação de diarreia crônica e/ou doença

OBS: Casos de hematêmese ou enterorragia devem ser encaminhados imediatamente ao serviço de urgência ou emergência

PROTOCOLO DA COLONOSCOPIA

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente: história clínica, tempo de evolução, tratamentos realizados, medicações em uso e patologias associadas;
- Em caso de anemia ou PSO +: informar o hematócrito e hemoglobina do paciente com data;
- Em caso de emagrecimento favor quantificar o mesmo relacionado ao tempo;

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Suspeita ou história familiar (HF) de câncer colorretal;
- Investigação de sangramento gastrointestinal baixo.
- Investigação de anemia, pesquisa de sangue oculto (PSO) nas fezes e/ou

  emagrecimento
- Investigação de diarreia crônica e/ou dor abdominal;
- Suspeita de doença inflamatória intestinal (DII);
- Doença diverticular do cólon após diverticulites de
- repetição; Alterações no enema opaco;
- Seguimento de pólipos, colites, doenças inflamatórias intestinais e
- tumores; Rastreamento de Câncer colorretal;
- Incontinência fecal.

OBS: Casos de enterorragia devem ser encaminhados imediatamente a um serviço de urgência e emergência.

OBS: Orientar paciente a realizar o preparo adequadamente antes ao exame.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

PROTOCOLO DA ESPIROMETRIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

As razões para realizar espirometria podem ser divididas em 3 categorias maiores:

- propósitos diagnósticos;
- monitorização da doença ou seu tratamento e
- avaliação de incapacidade.

AVALIAÇÃO DE ALTERAÇÕES NO EXAME CLÍNICO E EXAMES COMPLEMENTARES

Espirometria é frequentemente diagnóstica em pacientes que apresentam sinais ou sintomas pulmonares tais como: dispneia, sibilância, tosse, expectoração crônica, ortopnéia; sons respiratórios reduzidos, anormalidades da parede torácica; alterações na radiografia de tórax e nas medidas dos gases arteriais.

DIAGNÓSTICO

A espirometria também é útil para diagnosticar os efeitos de várias doenças sobre os pulmões tais como: doença pulmonar obstrutiva cônica (DPOC), asma, doenças intersticiais, insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e doenças neuromusculares.

AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE

Outras indicações diagnósticas incluem avaliação pré-operatória e para avaliação prognóstica para procedimentos tais como: transplante de pulmão e cirurgia redutora de volume.

Avaliação da disfunção ou incapacidade frequentemente incorpora a espirometria, bem como medidas funcionais são largamente utilizadas em programas de reabilitação.

MONITORIZAÇÃO DE DOENÇAS

A espirometria também é comumente empregada para propósito de monitorização. O exemplo mais comum é avaliação da resposta a broncodilatadores. Variáveis espirométricas (especialmente CVF e VEF1) são os parâmetros básicos para acompanhar o curso das doenças pulmonares obstrutivas. A medida da CV(F) é também básica para o acompanhamento de doenças intersticiais e neuromusculares.

A espirometria é largamente utilizada para monitorizar a função pulmonar em exposições ocupacionais que envolvam agentes de risco.

OBS: Tosse por mais de 03 semanas, deverá sempre ser investigada Tuberculose pulmonar.

OBS: Orientar paciente a realizar o preparo adequadamente antes ao exame.

Nas solicitações deve-se utilizar a classificação MRC para dispnéia:

- Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso.
- Tenho falta de ar quando apresso o meu passo, ou subo escadas ou ladeira.
- Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas de minha idade.
- Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no plano.
- Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

É importante considerar na abordagem inicial do paciente:

- História clínica com sintomas atuais, graduando o grau de dispneia, se presente, história detalhada de patologia pregressa e história familiar relacionada à patologia;
- Exame físico com ênfase no aparelho respiratório;
- Exame radiológico;
- Data e laudo da espirometria anterior.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Pneumologista, Clínico Geral, Cirurgião Torácico, Alergista, Cirurgia Bariátrica, Fisiatra e Médico do trabalho.

PROTOCOLO DE VIDEODEGLUTOGRAMA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Dificuldade de deglutição;
- Perda de peso/ dificuldade de ganhar peso;
- Suspeita de aspiração;
- Tosse e/ou engasgos durante a alimentação;
- Dificuldade para mamar;
- Confirmar microaspirações em pacientes com refluxo gastroesofágico (RGE);
- Causas neurológicas;
- Pneumonias de repetição;
- Distúrbios neurológicos e musculares.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): endoscopia, seriografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica, Pediatra, Otorrinolaringologista, Gastroenterologista, Neurologista, Pneumologista, Nutrologista, Cirurgião de Cabeça e Pescoço e Cirurgião Pediátrico.

PROTOCOLO DE VIDEONASOLARINGOSCOPIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Disfonia;
- Pigarro;
- Estridor;
- Disfagia;
- Tumores;
- Anomalias congênitas de laringe;
- Diagnóstico e acompanhamento de patologias faríngeas e laríngeas;
- Granuloma das cordas vocais;
- Pólipos das cordas vocais;
- Estenose subglótica congênita ou adquirida (após entubação traqueal prolongada);
- Refluxo gastresofágico;
- Obstrução nasal;
- Respiração bucal;
- Epistaxe de repetição ou volumosa;
- Ronco e apnéias do sono.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

É importante considerar na abordagem inicial do paciente:

- História clínica (relacionar fatores de risco para doenças laringeas e faríngeas), história detalhada de patologia pregressa e história familiar relacionada à patologia, exame físico e exames complementares realizados.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Otorrinolaringologista, Médico da Família, Clínico Geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **ACCF/SCAI/AATS/AHA/ASE/ASNC/HFSA/HRS/SCCM/ SCCT/SCMR/STS** 2012 Appropriate Use Criteria for Diagnostic Catheterization JACC Vol. 59, No. 22, 2012. May 29 2012:000–00

2. **ACCF/AHA/ASE/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCT/SCMR/STS** 2013 Multimodality Appropriate Use Criteria for the Detection and Risk Assessment of Stable Ischemic Heart Disease. JACC Vol. 63, No. 4, 2014. February 4, 2014:380–406

3. **ACC/AHA/ASNC** Guidelines for the Clinical Use of Cardiac Radionuclide Imaging JACC Vol. 42, No. 7, 2003.October 1, 2003:1318–33

4. **AMERICAN ACADEMY OF NEUROLOGY.** Practice parameter: the electroencephalogram in the evaluation of headache (summary statement). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 1995 Jul; 45(7): 1411-3.

5. **CARVALHO E, SILVA LR, TARGA C.** Gastroenterologia e nutrição em pediatria. Manole, 2012.

6. **CIRURGIA TORÁCICA E PNEUMOLOGIA [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

7. **COSTI JM, DA SILVA JB, MIN LS, MORÉ AO, HOKAMA AL.** TEACHING ACUPUNCTURE: THE BRAZILIAN MEDICAL RESIDENCY PROGRAMME. Acupunct Med 2012; 30:350-3.

8. **DA SILVA, ANTONIO MARTINS. LIGA PORTUGUESA CONTRA A EPILEPSIA.** Comissão de Electroencefalografia. Recomendações para utilização do electroencefalograma (EEG) em epilepsia: relatório à liga portuguesa contra a epilepsia. Disponivel em: <www.epilepsia.pt/lpce>

9. **FERREIRA CT, CARVALHO E, SDEPANIAN VL, MORAIS MB, VIEIRA MC, SILVA LR.** Doença do refluxo gastroesofágico: exageros, evidências e a prática clínica. J Pediatr. 2014;90:105-118.

10. **LIGHTDALE JR, GREMSE DA.** Gastroesophageal Reflux: Management Guidance for the Pediatrician. Pediatrics. 2013;133:e1648.

11. **MIN LS, COSTI JM. BRIEF PRESENTATION OF BRAZILIAN MEDICAL ACUPUNCTURE**. J

12. **PROTOCOLOS CLÍNICOS.** CENTRAL NACIONAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASÍLIA, BRASIL - DF: Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor>. Acesso em: 13/06/2016.

13. **PROTOCOLOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ**, 2015. Disponível em: <http://saude.pmsj.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PROTOCOLOS-DE- ACESSO-AOS-SERVI%C3%87OS-DE-SA%C3%9ADE.pdf>

14. **PROTOCOLOS DE ACESSO AMBULATORIAL: CONSULTAS ESPECIALIZADAS.** MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASÍLIA, BRASIL - DF: 2015. 190p.,il. color. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf>. Acesso em: 12/06/2016.

15. **PROTOCOLOS DE ACESSO AMBULATORIAL: CONSULTAS ESPECIALIZADAS**. Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf>
<http://rca.fmrp.usp.br/servico/gastro/documentos/cirurgia/gastro/bariatrica_files/protocolo_cirurgia_bariatrica.pdf>
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada.pdf>

16. **PROTOCOLOS DE ACESSO A EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**. Prefeitura de Pelotas. Disponível em: <http://www.pelotas.com.br/central-de- regulacao/arquivos/Protocolo-Exames.pdf>

17. **PROTOCOLOS DE ACESSO À REDE DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR PRIORIDADE.** SESAU/Recife, 2013. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/PROTOCOLO_ACESSO_AMBULATORIAL.pdf>

18. **PROTOCOLOS DE ACESSO À REDE DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR PRIORIDADE.** SESAU/RECIFE, 2013. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/PROTOCOLO_ACESSO_AMBULATORIAL.pdf>. Acesso em: 13/06/2016.

19. **PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA**, Brasília Vol. I MS, UFRGS, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_AB_vol1_Endocrinologia_Nefrologia.pdf>

20. **PROTOCOLO DE NÓDULO TIREOIDIANO NO ADULTO FLORIANÓPOLIS-HU/UFSC.** Disponível em: < http://www.hu.ufsc.br/setores/endocrinologia/wp-content/uploads/sites/23/2015/01/PROTOCOLO-DE-N%C3%93DULO-TIREOIDIANO-NO-ADULTO-07-de-agosto2.pdf >

21. **PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA – REUMATOLOGIA E ORTOPEDIA** - Ministério da Saúde 2016.

22. **PROTOCOLO DE REGULAÇÃO MÉDICA**. Secretaria Municipal de Saúde, Guarulhos, 2015. Disponível em: < http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo_de_regulacao_medica-versao_5.pdf >.

23. **PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR ESTADUAL. ESTADO DO MATO GROSSO, 2011.** Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3209.pdf>. Acesso em: 13/06/2016.

24. **PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, CUIABÁ 2011. Disponível em: < www.saude.mt.gov.br/regulacao/arquivo/3209/protocolo-de-regulacao>

25. **PROTOCOLOS CLÍNICOS EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE. Secretaria/Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, 2016.** Disponível em: < www.saude- rioclaro.org.br/uac/protocolos clínicos exames de media e alta complexidade.pdf>

26. **PROTOCOLO PARA O REGULADOR SISREG – Prefeitura do Rio de Janeiro 2014.** Disponível em: <www.docplayer.com.br/2697754-Sisreg-protocolo-para-o-regulador.htm>. Acesso em: 01/12/2016.

27. **PROTOCOLOS DE ACESSO AMBULATORIAL: CONSULTAS ESPECIALIZADAS.** Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf

28. **PROTOCOLO DE REGULAÇÃO – Secretaria de Saúde da Bahia.** Disponível em: <www.saude.ba.gov.br/direg/images/arquivos/protocolos_regulacao.pdf>. Acesso em:

3.3.2 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para o ambulatório

Processo Transexualizador

Objetivo: Nortear os profissionais da Policlínica sobre o atendimento de pacientes no processo transexualizador

Público alvo: Equipe multiprofissional

Quando nos utilizamos o termo trans, nos referimos a pacientes travestis, mulheres transexuais, homens trans e pessoas transmasculinas, pessoas não binárias e as demais diversidades de gênero. Esses pacientes chegarão à policlínica estadual pela atenção primária via Regulação Estadual. Muitas vezes, essas pessoas chegam ao serviço já em uso de hormônios e terapias inadequadas que devem ser avaliadas e corrigidas.

O atendimento desse grupo de pacientes deve começar de maneira acolhedora e respeitosa desde sua chegada ao serviço em que o profissional da policlínica deve sempre dirigir-se ao paciente por seu nome social. A abordagem multiprofissional deve ser programada e sistematizada já que o paciente deve ser avaliado em suas questões biopsicossociais. Faz-se extremamente necessário que o paciente encaminhado traga as informações sobre sua condição de saúde, abordando qualquer outra comorbidade além das questões relacionadas à identificação de gênero. O CID a ser utilizado para encaminhamento é o *F64.0 – Transtornos da identidade sexual*.

O paciente poderá ser atendido pelo médico clínico (geral ou endocrinologista) e será avaliado integralmente com direcionamentos conforme a necessidade. Nesse momento, ao identificar o desejo de transexualização, deve-se solicitar os exames necessários e orientados pelo Guideline da Endocrine Society similarmente aos pacientes que são tratados por hipogonadismo.

Com a abordagem psicológica e psiquiátrica deve-se avaliar questões relativas à disforia de gênero e também outras questões mentais que possam estar presentes e demandem tratamento. Essa avaliação visa perceber a adequação do paciente para o tratamento transexualizador, incluindo a disponibilidade e desejo de transformações por hormonização.

As questões relacionadas à sexualidade e à saúde reprodutiva devem ser abordadas, levando em consideração prevenção, orientação e tratamento. Os pacientes devem ser questionados e devem ter espaço para que sintam-se acolhidos e livres para conseguirem se expressar quanto a essas questões. Deve-se trabalhar em IST/HIV, prevenção e detecção precoce de cânceres genitais e de mama, além de contracepção e fertilidade quando houver o desejo. Deve-se considerar tanto as vulnerabilidades individuais quanto as sociais e programáticas que direcionam as solicitações de exames e avaliações, conforme as necessidades observadas. Todos os pacientes devem seguir estratégias de rastreamento preconizadas pelos protocolos do Ministério da Saúde.

A equipe de saúde multiprofissional deve identificar o momento adequado para que o paciente seja submetido a hormonização, após devidos esclarecimentos, alinhamento de expectativas e explicação de riscos de um processo irreversível. Diante de tão complexo processo, é importante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

As transformações desejadas podem levar alguns anos para acontecer, habitualmente a partir de 5 anos, sendo mais prolongado para pessoas transmasculinas. As doses de hormônio devem ser as menores necessárias para que se atinja o objetivo desejado e, posteriormente a manutenção. É importante se atentar e orientar o paciente quanto aos riscos associados a terapias hormonais, além de investigar a existência de contra-indicações relativas ou absolutas para que seja instituída a hormonização. O início das alterações corporais se dá meses após ao início da hormonização. No entanto, é importante que haja um retorno breve para avaliação do início da terapia, com seus possíveis efeitos colaterais além de ser um momento para realinhar as expectativas. Depois disso, os retornos podem ser realizado aos 3, 6 e 12 meses após início da hormonização, para avaliação seriada das alterações corporais além de seguimento laboratorial de acordo com as alterações esperadas e monitoramentos necessários. Após esse período de estabilização, os pacientes podem ser acompanhados com retornos anuais. No entanto, sempre que houver intercorrências no processo, o paciente deve ter o seu retorno solicitado de maneira mais breve do que o previsto.

A equipe da farmácia participa ativamente desse atendimento tanto na dispensação quanto na orientação do uso dos hormônios e seus efeitos colaterais. O assistente social que também é parte da equipe multiprofissional atuante no processo, atua na escuta e no acolhimento das demandas dos pacientes além de identificar possíveis situações de vulnerabilidade social. O profissional do serviço social também atua na informação do paciente ao acesso a seus direitos e possibilidades para manter sua autonomia durante o processo. A consulta com a enfermeira permite o acompanhamento das alterações corporais além de

verificar a adequação na administração das medicações, realização de colpocitologia oncológica quando indicada. Também é possível a orientação quanto a questões de vulnerabilidade pessoal.

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA HEPATITE B E COINFECÇÕES, HEPATITE DELTA E HEPATITE AUTO IMUNE NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO- FORMOSA.

OBJETIVO

Diante da variabilidade do acesso aos serviços de saúde e do impacto significativo da hepatite B nos cenários nacional, a Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa, pautado nas orientaçoes e recomendaçoes do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde, com o apoio decisivo do Comitê Técnico Assessor (CTA), pretende – com este *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas* (PCDT) *para Hepatite B e Coinfecções* – alcançar e orientar os profissionais de saúde da Policlínica Estadual da Região do Entorno Formosa para o Manejo da Hepatitte. A proposta é também instruir, conforme as recomendações do Ministério da Saúde, quanto à prática humanizada dos cuidados em hepatite B, além de lembrar a possibilidade concreta de uma geração livre desse agravo, mediante o cumprimento das políticas de saúde pública e a colaboração de todos os envolvidos.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Estabelecer novas diretrizes terapêuticas e orientar os profissionais de saúde no manejo da hepatite B e coinfecções, visando estabelecer uma assistência baseada nas melhores evidências da literatura científica;
- Promover uma assistência humanizada e especializada;
- Buscar melhor qualidade na assistência e uso racional do arsenal terapêutico e demais insumos estratégicos;
- Garantir melhores resultados em saúde pública e a sustentabilidade do acesso universal ao tratamento;
- Reduzir a probabilidade de evolução para insuficiência hepática e carcinoma hepatocelular.

METODOLOGIA:

Com o intuito de apresentar as melhores evidências científicas publicadas e as estratégias estabelecidas neste documento, realizou-se revisão de protocolos internacionais e de literatura científica. As recomendações deste Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções foram pesquisadas na base de dados Medline, utilizando-se os termos de busca "("Hepatitis B/drug therapy"[Mesh] OR "Hepatitis B/therapy" [Mesh])", com os filtros Clinical Conference, Consensus Development Conference, Evaluation Studies, Guideline, Meta-Analysis, Multicenter Study, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Reviews e Humans e data de publicação nos últimos cinco anos; na base de dados Lilacs, com o descritor "hepatite B"; e no banco de teses da Capes, com a expressão "hepatite B". Essa busca resultou em 3.632 artigos, 122 publicações e 149 teses e dissertações.

Para o agravo hepatite Delta, realizou-se busca equivalente na base de dados Medline, utilizando-se os termos de busca "("Hepatitis D"[Mesh] OR "Hepatitis D, Chronic"[Mesh] OR "Hepatitis delta Antigens"[Mesh] OR "Hepatitis Delta Virus"[Mesh] OR "hepatitis delta virus large antigen" [Supplementary Concept])"; na base de dados Lilacs, com os descritores "hepatite B e D", "hepatite D", "hepatite Delta", "HDV" e "VHD"; e no banco de teses da Capes, com a expressão "hepatite Delta". Essa busca resultou em 302 artigos, 15 publicações e três teses e dissertações.

As evidências encontradas somaram-se à experiência e às estratégias de sucesso de 14 anos de assistência progressiva ao paciente portador de hepatite B e usuário do SUS, que sempre contou com o papel imprescindível da sociedade civil organizada e da academia, ambas representadas no CTA.

AGENTE ETIOLÓGIO HISTORIA NATURAL DA DOENÇA

A hepatite viral B é causada por um vírus DNA pertencente à família *Hepadnaviridae*. Os vírus dessa família têm características em comum, como fita dupla incompleta e replicação do genoma viral por enzima transcriptase reversa. No entanto, apenas no gênero *Orthohepadnavirus* estão os vírus que infectam mamíferos, sendo que o HBV tem a característica de infectar humanos e também outros primatas superiores não humanos; porém, isso é menos frequente.

O genoma do HBV é composto por um DNA circular e parcialmente duplicado de aproximadamente 3.200 pares de bases. Uma de suas fitas é maior que a outra. As partículas virais esféricas possuem diâmetro de 42 nm e são compostas de envelope externo proteico que constitui o HBsAg. O glicocapsídeo possui simetria icosaédrica e é constituído pela proteína do core ou núcleo (HBcAg) e pelo genoma viral.

É considerado um vírus oncogênico e apresenta dez genótipos, classificados de A a J. Estes são distintos entre si pela sequência de nucleotídeos no genoma, patogenicidade e distribuição geográfica. Alguns genótipos do HBV são classificados em subgenótipos, exceto E, G e H. Mais de 30 subgenótipos já foram identificados.

O genótipo A está presente na África subsaariana, África, Norte da Europa e África Ocidental; os genótipos B e C, na Ásia; o genótipo C, no Sudeste Asiático; o genótipo D, na África, Europa e Índia; o genótipo G, na França, Alemanha e Estados Unidos; o genótipo H, nas Américas do Sul e Central; o genótipo I, no Vietnã e Laos; e o genótipo J, no Japão. No Brasil, alguns estudos identificaram a predominância dos subgenótipos A1, A2, F2a e F4.

O HBV possui tropismo pela célula hepática e, ao se ligar a receptores presentes na superfície celular, é internalizado e perde seu envoltório. Em seguida, o conteúdo viral migra para o núcleo e replica-se por meio de um sistema semelhante ao dos retrovírus.

Entende-se que a variabilidade de resultados no tratamento e na evolução da hepatite crônica poderia ser atribuída às características virais.

Em indivíduos adultos expostos exclusivamente ao HBV, a cura espontânea se dá em cerca de 90% dos casos. A evolução para infecção crônica, por sua vez, ocorre em menor proporção – e é definida como a persistência do vírus ou a presença do HBsAg por mais de seis meses, detectada por meio de testes sorológicos.

Os extremos de idade e outros fatores comportamentais e genéticos, características demográficas ou concomitância de substâncias tóxicas – incluindo álcool, fumo, história familiar de CHC e contato com carcinógenos como aflatoxinas, por exemplo – aumentam o risco de cirrose hepática e de CHC em pacientes portadores da hepatite B crônica. A replicação viral persistente, a presença de cirrose, o genótipo C do HBV, a mutação na região promotora do pré-core e a coinfecção com o HIV ou HCV também são fatores que aumentam a probabilidade de evolução para formas graves. Embora a cirrose seja fator de risco para CHC, 30% a 50% dos casos de CHC por HBV ocorrem na ausência desta.

A hepatite B é uma doença de transmissão parenteral. A transmissão do agente infeccioso pode ocorrer por solução de continuidade (pele e mucosas), via parenteral (compartilhamento de agulhas, seringas, material de manicure e pedicure, lâminas de barbear e depilar, tatuagens, *piercings*, procedimentos odontológicos ou cirúrgicos que não atendam às normas de biossegurança, entre outros) e relações sexuais desprotegidas, sendo esta a via predominante. A transmissão vertical (materno-infantil) também é importante e ocasiona uma evolução desfavorável, com maior chance de cronificação.

O HBV permanece viável durante longo período quando fora do corpo, como, por exemplo, em uma gota de sangue, e tem maiores chances de infectar um indivíduo suscetível do que os vírus da hepatite C (HCV) e da imunodeficiência humana (HIV). Outros líquidos orgânicos – como sêmen, secreção vaginal e leite materno – também podem conter o vírus e representar fontes de infecção.

A infecção pelo vírus da hepatite B pode causar hepatite aguda ou crônica; habitualmente, ambas as formas são oligossintomáticas (poucos sintomas ou nenhum sintoma característico). Infecções causadas pelo vírus da hepatite B raramente causam icterícia: menos de um terço dos indivíduos infectados apresenta esse sinal clínico. Aproximadamente 5% a 10% dos indivíduos infectados tornam-se portadores crônicos do HBV. Cerca de 20% a 25% dos casos crônicos de hepatite B que apresentam replicação do vírus evoluem para doença hepática avançada. A infecção pelo HBV também é condicional para o desenvolvimento da hepatite Delta, doença resultante da infecção pelo HDV e de grande impacto na Região Amazônica.

Para o acompanhamento da infecção, utilizam-se marcadores séricos de imunidade (anti-HBs), a avaliação da presença do antígeno de superfície do HBV (HBsAg) e a quantificação do vírus na corrente sanguínea (carga viral/HBV-DNA). O aparecimento do anti-HBs e o desaparecimento do HBsAg e da carga viral indicam resolução da infecção pelo HBV na maioria dos casos. Em raras situações, a doença pode evoluir para a forma crônica, mesmo com esse perfil sorológico e viral.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico preciso e precoce da infecção pelo HBV permite o tratamento adequado da doença e tem impacto direto sobre a qualidade de vida do indivíduo, sendo ainda um poderoso instrumento de prevenção de complicações como a cirrose e o CHC.

Em vista disso, o DIAHV (Departamento de Vigilância, Prevenção e

Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais) e especialistas em diagnóstico clínico e laboratorial elaboraram o *Manual Técnico para o Diagnósticodas Hepatites Virais*. Esse documento tem como objetivos oferecer orientações aos profissionais de saúde e ampliar o acesso ao diagnóstico das hepatitesvirais.

A publicação apresenta algoritmos (fluxogramas) a serem seguidos para o diagnóstico seguro e eficiente da infecção por HBV, nas proximas linhas, apresentaremos o mesmo.

Testes rápidos

Os testes rápidos (TR) são ensaios de execução simples e que não necessitam de estrutura laboratorial, embora, a depender da amostra trabalhada,sejam necessários cuidados essenciais de biossegurança. Por isso, os TR são fundamentais para a ampliação do acesso ao diagnóstico, sendo recomendados primariamente para testagens presenciais. Para a hepatite B, o Ministério da Saúde realiza a distribuição de testes rápidos capazes de detectar o HBsAg (antígeno de superfície do vírus da hepatite B).

Imunoensaios

São exames sorológicos para a detecção de anticorpo ou testes de detecção combinada de antígeno e anticorpo contra o HBV. Para fins de otimização do diagnóstico e dos recursos, recomenda-se a realização dos testes para detecção de HBsAg e do anti-HBC. Entretanto, mais testes são necessários para caracterizar a fase da infecção pelo HBV.

É necessário compreender que a infecção pelo HBV é um processo dinâmico, dividido em cinco fases:

A. Fase imunotolerante

Nessa fase, há elevada replicação viral (>20.000 UI/mL), sem evidências de agressão hepatocelular. A denominação de fase de imunotolerância deve-se ao fato de a replicação viral ser tolerada pelo sistema imunológico do hospedeiro. Assim, a fase é caracterizada por positividade de HBeAg e elevados índices de HBV-DNA sérico, indicativos de replicação viral. Também é caracterizada por níveis de aminotransferases normais ou próximos do normal, pouca

atividade necroinflamatória no fígado e lenta progressão de fibrose. Essa fase é geralmente mais longa nos indivíduos infectados por transmissão vertical. Em virtude da elevada viremia, os pacientes nessa fase podem transmitir a doença com maior facilidade.

B) Fase imunorreativa

- Nessa fase, a tolerância imunológica esgota-se diante da incapacidade do sistema imune de eliminar o vírus. É caracterizada pelo teste HBeAg reagente e por menores índices de HBV-DNA sérico, indicativo de menor replicação viral. Os valores das aminotransferases podem apresentar flutuações, e a atividade necroinflamatória no fígado, por sua vez, pode ser moderada ou grave. A progressão da fibrose é acelerada.

- Essa fase pode durar de várias semanas a vários anos e é alcançada mais rapidamente por indivíduos infectados na idade adulta. Encerra-se com a soroconversão para anti-HBe.

C) Estado de portador inativo

- Devido à dinâmica da hepatite B, é necessário acompanhar os níveis de aminotransferases e HBV-DNA sérico antes de classificar o paciente nessa fase. Ela é caracterizada por níveis muito baixos – ou até mesmo indetectáveis – de HBV-DNA sérico, com normalização das aminotransferases e, habitualmente, soroconversão anti-HBe. Nessa situação, o sistema imunológico do hospedeiro é capaz de reprimir a replicação viral, reduzindo o risco de cirrose e CHC. Esse processo corresponde a um bom prognóstico.

- Pacientes que estejam estabelecidos nessa fase devem ser acompanhados regularmente e submetidos a investigação clínica se apresentarem elevações de transaminases com baixos títulos de HBV-DNA sérico.

- O acompanhamento regular também permite rápida detecção de escape viral, resultado da imunossupressão ou de mutações que conferem ao vírus a capacidade de evadir a resposta imune do hospedeiro.

A. Fase de reativação

- Essa fase pode surgir após o período inativo, quando ocorrerem mutações na região pré-core e/ou *core-promoter* do vírus, mantendo-se a replicação viral mesmo na vigência de HBeAg não reagente. A atividade necroinflamatória e de fibrose no fígado persistem durante essa fase. A hepatite B crônica HBeAg não reagente também está associada a baixas taxas de remissão espontânea e risco elevado para complicações, como cirrose descompensada e CHC. O acompanhamento regular é imperativo para o paciente nessa fase.

B. Fase HBsAg negativa (não reagente)

- Mesmo após resposta imune com eliminação do HBsAg, há possibilidade de uma baixa replicação viral (índices indetectáveis ou muito baixos de HBV-DNA sérico). Existem poucas informações sobre a importância dessa infecção oculta e persistente, mas compreende-se que a reativação pode ocorrer em pacientes com perfil sorológico atípico, caracterizado pela presença de anti-HBc reagente, independentemente da reatividade para anti-HBs. O acompanhamento regular também está indicado para os pacientes nessa fase, principalmente em situações de imunossupressão.

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO FORMOSA

CONSULTAS

A hepatite B é uma doença que exige disciplina do paciente e compreensão do profissional de saúde para rápida identificação de situações que interfiram de

forma significativa no sucesso do acompanhamento e na adesão ao tratamento. Assim, é fundamental que o profissional de saúde estabeleça uma sólida relação com o paciente.

Para o adequado atendimento ao paciente portador de hepatite B crônica, é importante que os elementos da anamnese e do exame físico sejam respeitados e descritos corretamente em prontuário – e que façam parte da rotina dos serviços de triagem e referência. O mesmo cuidado deve ser dispensado ao preenchimento das fichas de notificação utilizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e à solicitação de exames. A adesão do paciente portador de hepatite B crônica ao serviço de saúde é fundamental para o sucesso das estratégias de atenção à saúde.

Além de pesquisar comorbidades e coinfecções por HCV, HDV e HIV, faz- se necessária uma cuidadosa avaliação pré-tratamento das condições clínicas, psiquiátricas e sociais do paciente.

Devido às características fisiopatológicas da infecção crônica pelo HBV, é necessário que as consultas sejam realizadas, no mínimo, duas a quatro vezes ao ano. Essa periodicidade deve ser individualizada para os pacientes em que a terapêutica tenha sido recém-iniciada ou em que o risco de eventos adversos exija cuidado prioritário.

As orientações de prevenção às hepatites virais devem ser compartilhadas com os contatos domiciliares e parceiros sexuais. A prevenção requer atitudes e práticas seguras – a exemplo do uso adequado do preservativo e do não compartilhamento de instrumentos perfurocortantes e objetos de higiene pessoal, como escovas de dente, alicates de unha, lâminas de barbear ou depilar. Essas orientações devem permear todos os momentos do atendimento aos portadores de HBV.

EXAMES COMPLEMENTARES

A abordagem laboratorial inicial e de rotina do paciente portador de hepatite B crônica possui múltiplos objetivos: os exames podem definir o momento de início do tratamento; o tipo de tratamento instituído; a qualidade da resposta obtida com a terapêutica; e o rastreamento de CHC.

Para facilitar o monitoramento do paciente portador de hepatite B crônica e auxiliar no melhor uso dos recursos técnicos e financeiros, o DIAHV, com o apoio dos CTA, recomenda exames complementares conforme listados neste documento (Tabelas 1,2,3 e

4). Contudo, salienta-se que exames adicionais ou modificações na rotina de exames poderão ocorrer conforme a presença de comorbidades e a consequente instituição – ou não – de tratamento antiviral.

Tabela 1. Exames complementares comuns a todos os pacientes portadores de hepatite B crônica que devem ser solicitados em primeira consulta e durante acompanhamento ambulatorial

Anti-HAV IgG	Para definir imunização*
Anti-HDV	A cada 12 meses**
Anti-HCV	Identificar coinfecção. Esses exames devem ser repetidos pelo menos a cada 12 meses
Anti-HIV	
HBsAg/Anti-HBs/HBeAg/Anti-HBe	Identificar a fase de infecção pelo HBV. Devem ser repetidos conforme diagnóstico e tratamento instituído
β-HCG	A cada 6 meses (mulheres em idade reprodutiva)
Endoscopia digestiva alta (EDA)**	A cada 2-3 anos – sem cirrose ou cirrose Child AA cada 12 meses – cirrose Child B ou C
Biopsia hepática	Individualizar****
Elastografia hepática	Individualizar*****
Hemograma	A cada 3-6 meses, conforme atividade da doença ou cirrose hepática
Razão normalizada internacional (INR)	
AST/TGO (aspartato aminotransferase)/ALT/TGP (alanina aminotransferase)	
Fosfatase alcalina/gama glutamil transferase/bilirrubina total e frações	
Glicemia de jejum	
Proteína total/albumina	
TSH/T4L	A cada 12 meses ou conforme tratamento instituído
Na (sódio)/K (potássio)/ureia/creatinina	A cada 6 meses (alto risco de lesão renal)
Urina tipo 1 (EAS – elementos e sedimentos anormais)	
Clearance de creatinina	A cada 12 meses (baixo risco de lesão renal)
HBV-DNA	A cada 6 meses no portador inativo e a cada 12 meses conforme diagnóstico e tratamento instituído
Lipídios (colesterol total e frações, triglicérides), ferritina/ferro sérico/saturação transferrina	A cada 12 meses para os pacientes em uso de tenofovir e nos casos de descompensação hepática e cirrose

Densitometria óssea	A cada 48 meses (mulheres acima de 40 anos em transição menopausal; homens acima dos 50 anos com risco de perda óssea) Individualizar em pacientes em uso de tenofovir (72) ou com antecedentes relevantes (73)

Tabela 2. Exames recomendados para acompanhamento ambulatorial da hepatite B sem cirrose em pacientes até 30 anos de idade

Hemograma	A cada 6-12 meses
Coagulograma	
Na (sódio)/K (potássio)/ureia/creatinina	
Clearance de creatinina	
AST/TGO (aspartato aminotransferase), ALT/TGP(alanina aminotransferase)	
Bilirrubina total e frações	
Proteína total/albumina	
Urina tipo 1 (EAS – elementos e sedimentos anormais)	A cada 12 meses

Tabela 3. Exames recomendados para acompanhamento ambulatorial da hepatite B crônica sem cirrose em pacientes acima de 30 anos de idade ou hepatite B crônicacom cirrose

Hemograma	A cada 3-4 meses no primeiro ano de acompanhamento
Coagulograma	
Na (sódio)/K (potássio)/ureia/creatinina	
Clearance de creatinina	
AST/TGO (aspartato aminotransferase), ALT/TGP (alanina aminotransferase)	
Bilirrubina total e frações	A cada 6 meses após o primeiro ano de acompanhamento
Glicemia de jejum	
Proteína total/albumina	

Tabela 4. Exames recomendados para rastreamento de CHC

Ultrassonografia de abdome total	A cada 6 meses
Alfafetoproteína	

Biópsia hepática

A biópsia hepática é o exame padrão-ouro para a avaliação da fibrose hepática; porém, é excepcional na avaliação de hepatite B crônica e reservada aos casos em que há dúvidas na indicação de tratamento.

Pode ser realizada com diferentes técnicas e tipos de agulha. Além disso, é útil no diagnóstico de outras doenças hepáticas concomitantes com hepatite viral crônica – como a doença gordurosa, que impacta de maneira significativa a evolução dos casos e o manejo dos pacientes. Entretanto, a biópsia hepática é um procedimento invasivo, que requer uma estrutura apropriada.

O adequado treinamento dos profissionais envolvidos é fundamental para o sucesso da biópsia hepática – desde a coleta do fragmento até o seu preparo e a interpretação do exame. Dá-se preferência à biópsia por agulha transcutânea, pois esta permite a retirada de fragmentos de áreas distantes da cápsula de Glisson e dispensa a anestesia geral. Na realização de biópsia em cirurgia, orienta-se o cirurgião a realizar coleta de material em cunha profunda e evitar a região subcapsular. A biópsia também pode ser realizada por via transjugular, mas a realização desse procedimento está restrita aos centros de alta complexidade, mediante a contraindicação dos demais métodos apresentados.

A principal limitação da biópsia é o erro de amostragem – muitas vezes relacionado ao tamanho do fragmento e ao local do qual foi coletado. A biópsia ideal deve ser cilíndrica, não fragmentada, contendo de 10 a 20 espaços-porta. Após a coleta, o material deverá ser imediatamente fixado em formol tamponado a 10% ou formol em salina a 10% e encaminhado ao laboratório de anatomia patológica.

Contraindicações da biópsia hepática (98)

- Contraindicações relativas: ascite, obesidade mórbida, possibilidade de lesões hepáticas vasculares, amiloidose, incapacidade de cooperação do paciente;
- Contraindicações absolutas: coagulopatia grave, infecção no parênquima hepático, obstrução biliar extrahepática.

São critérios necessários à realização da biópsia

- Doença hepática compensada;
- Contagem de plaquetas > 60.000/mm3;
- Atividade de protrombina > 50%.

Para pacientes que apresentem contraindicações ou não preencham os critérios necessários, recomenda-se a utilização de métodos não invasivos de avaliação hepática, validados na prática clínica.

Há diversos sistemas para estadiar as hepatites crônicas. Neste PCDT, utiliza-se o METAVIR para caracterizar fibrose hepática. A correspondência aproximada com outras classificações anotomopatológicas é apresentada nas tabelas 4 e 5:

Tabela 4. Alteração arquitetural (Fibrose)*

SBP, 2000	ISHAK, 1995	METAVIR, 1994
0	0	0
1	1 ou 2	1
2	3	2
3	4 ou 5	3
4	6	4

*Escore máximo SBP: 4; escore máximo ISHAK: 6; escore máximo METAVIR: 4.

Tabela 5. Atividade inflamatória*

SBP, 2000 e , 1995 ISHAK		METAVIR, 1994
Atividade parenquimatosa	Atividade periportal	
0 ou 1	0	0
0 ou 1	1 ou 2	1
2	0 – 1	1
2	2	2
2	3 – 4	3
3	0 – 2	2
3	3 – 4	3

4	0 – 4	3

**Corresponde à atividade parenquimatosa e periportal, independentemente do escore SBP ou ISHAK, e atividade mista periportal e lobular para METAVIR; escore máximo METAVIR: 3, escore máximo SBP ou ISHAK: 4.

Elastografia hepática

Realizado por meio de diferentes metodologias, esse procedimento não invasivo permite a estratificação dos graus de fibrose. Uma de suas principais vantagens é a avaliação de uma área maior do que a pesquisada por fragmento de biópsia hepática.

Suas principais limitações são a especificidade da tecnologia; o inadequado treinamento do profissional de saúde que realiza o exame; o custo; a necessidade de atualização e manutenção de equipamentos; e a potencial interferência em situações que aumentem a rigidez hepática, independentemente de fibrose e de atividade necroinflamatória (ALT > 5x LSN), colestase e ascite.

A elastografia também pode apresentar mau desempenho em casos de obesidade (IMC > 30 kg/m2), com falhas em aproximadamente 20% dos casos.

O tratamento está indicado para todos os pacientes com elastografia hepáticacom >7,0 kPa.

OBJETIVOS DO TRATAMENTO

O objetivo principal do tratamento é reduzir o risco de progressão da doença hepática e de seus desfechos primários, especificamente cirrose, CHC e óbito. Desfechos substitutivos ou intermediários – como níveis de HBV-DNA, títulos de aminotransferases e marcadores sorológicos – estão validados e têm sido utilizados como parâmetros para inferir a probabilidade de benefícios da terapêutica em longo prazo. O conjunto desses exames pode refletir supressão da replicação viral sustentada e atividade necroinflamatória no fígado, reduzindo o risco de complicações, de progressão para cirrose e de CHC.

Pacientes com HBsAg persistente:

- **HBeAg reagente**: quando o resultado ideal é improvável, a soroconversão para anti-HBe é um desfecho satisfatório, pois essa resposta está associada a um melhor prognóstico. Independentemente da soroconversão para anti-HBe e da negativação do HBeAg, deve-se buscar a normalização da ALT e a redução do HBV-DNA para menos de 2.000 UI/mL ou no limite de indetectabilidade.

- **HBeAg não reagente e anti-HBe reagente**: o desfecho que se busca é a normalização da ALT e a redução do HBV-DNA para menos de 2.000 UI/mL ou no limite de indetectabilidade.

Pacientes portadores de cirrose hepática: a redução da carga viral e o desaparecimento do HBeAg, espontâneos ou induzidos por tratamento, associam-se à diminuição no risco de carcinogênese, descompensação clínica e melhora da qualidade de vida.

TRATAMENTO E RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS

Publicações recentes recomendam que decisões sobre o tratamento e conduta terapêutica sejam baseadas nos seguintes fatores: características individuais e familiares (história de CHC, comorbidades e gestação); quadro clínico apresentado; perfil sorológico (HBeAg); elevação dos níveis de ALT, quando excluídas outras causas; níveis de HBV-DNA; e histologia hepática, quando disponível.

Com o diagnóstico de hepatite B crônica (definido como persistência do vírus ou a presença do HBsAg por mais de seis meses), os pacientes devem ser prontamente avaliados quanto à indicação de tratamento. Pode-se proceder ao tratamento conforme os critérios de inclusão, na ausência de HBsAg por mais de seis meses, desde que se mantenha a investigação epidemiológica do caso.

A. Critérios de inclusão para tratamento da hepatite B sem agente Delta:

- Paciente com HBeAg reagente e ALT > 2x limite superior da normalidade (LSN);

- Adulto maior de 30 anos (3, 32) com HBeAg reagente;
- Paciente com HBeAg não reagente, HBV-DNA >2.000 UI/mL e ALT > 2x LSN.

B. Outros critérios de inclusão para tratamento independentemente dos resultados de HBeAg, HBV-DNA e ALT para hepatite B sem agente Delta:

- História familiar de CHC;
- Manifestações extra-hepáticas com acometimento motor incapacitante, artrite, vasculites, glomerulonefrite e poliarterite nodosa;
- Coinfecção HIV/HBV (32) ou HCV/HBV;
- Hepatite aguda grave (coagulopatias ou icterícia por mais de 14 dias);
- Reativação de hepatite B crônica;
- Cirrose/insuficiência hepática;
- Biópsia hepática METAVIR ≥ A2F2 ou elastografia hepática > 7,0 kPa;
- Prevenção de reativação viral em pacientes que irão receber terapia imunossupressora (IMSS) ou quimioterapia (QT) (Anexo B) .

Para o correto tratamento da hepatite B, também é necessário identificar a presença de situações que possam alterar o curso da doença, contraindicar um medicamento ou exigir ajustes na terapia.

C) Tratamento da Hepatite B crônica

Em função dos novos avanços da medicina na assistência à hepatite B – e de questões relacionadas à segurança, posologia, custo, abrangência de pacientes tratados e efetividade do tratamento –, este PCDT opta por não recomendar os medicamentos alfainterferona e adefovir. Ressalta-se que os pacientes em uso dos medicamentos em terapia finita têm seu tratamento garantido, e aqueles em terapia contínua com análogos devem ser orientados quanto à substituição apropriada por um dos fármacos recomendados a seguir.

Com este novo PCDT, adiciona-se ao arsenal terapêutico do SUS a alfapeguinterferona, citocina com ação antiviral e imunomoduladora, e amplia- se a participação de entecavir e tenofovir, análogos nucleostídeos de maior eficácia e barreira genética. A alteração no arsenal terapêutico busca simplificar o tratamento para pacientes, profissionais de saúde e gestores – tornando-o mais eficaz e zelando pelo contínuo aprimoramento do SUS. As novas opções também oferecem facilidade posológica e menos efeitos adversos.

1. - Posologia

I - Alfapeguinterferona 2a 40 KDa – 180 mcg/semana via subcutânea (SC)

II - Alfapeguinterferona 2b 12 KDa – 1,5 mcg/kg/semana via SC

III - Entecavir 0,5 mg – 0,5-1,0 mg/dia via oral (VO)

IV - Tenofovir (fumarato de tenofovir desoproxila) 300 mg – 300 mg/dia VO

A experiência da utilização da alfapeguinterferona 2a ou alfapeguinterferona 2b são equivalentes em pacientes virgens de terapia. A escolha do medicamento a ser utilizado deve estar subordinada à garantia de sustentabilidade financeira e à progressão da assistência no SUS.

Ajustes posológicos e segurança

I - Alfapeguinterferona: não há interações medicamentosas conhecidas.

II - Entecavir: os efeitos da coadministração de entecavir com medicamentos excretados pelos rins, que afetam a função renal – ciclosporina e tacrolimo – ainda não foram avaliados.

III - Tenofovir: a coadministração de tenofovir e didanosina resultou em aumento da exposição sistêmica à didanosina, o que pode elevar o risco de eventos adversos. A coadministração não está recomendada.

Tratamento com tenofovir

Todos os pacientes que apresentam os critérios de inclusão de tratamento são candidatos à terapia com tenofovir, um análogo de nucleotídeo que bloqueia a ação da enzima transcriptase reversa. Esse medicamento constitui a primeira linha de tratamento para a hepatite B crônica. Apresenta elevada potência de supressão viral e alta barreira genética de resistência contra as mutações do HBV .

Embora bem tolerado, o tenofovir está associado a toxicidade renal e a desmineralização óssea, particularmente no tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids e doença renal pregressa. Seu uso está contraindicado em pacientes com doença renal crônica , osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo, além de pacientes portadores de coinfecção HIV/HCV em terapia antirretroviral com didanosina.

Pacientes portadores de cirrose hepática apresentaram melhora clínica e histológica com o uso de tenofovir em cinco anos de terapia; entretanto, recomenda-se cautela na escolha desse tratamento. O nível de evidência do uso do Tenofovir na dose de 300m/dia, por tempo indeterminado ou conforme conversão sorológica, pelo sistema GRADE é 1A

Contraindicações ao tratamento com tenofovir:

- Doença renal crônica;
- Osteoporose e outras doenças do metabolismo ósseo;
- Terapia antirretroviral com didanosina (ddI);
- Cirrose hepática (contraindicação relativa);
- Intolerância ao medicamento.

- ✓ O medicamento tenofovir não apresenta contraindicação por faixa etária. Entretanto, a eficácia, a segurança e os demais efeitos em pacientes menores de 18 anos de idade ainda não estão completamente estabelecidos .
- ✓ O uso de tenofovir em pacientes portadores de cirrose hepática deve ser realizado com cautela. Quando possível, o tenofovir deve ser substituído por entecavir.
- ✓ O medicamento entecavir não apresenta contraindicação por faixa etária. Entretanto, a eficácia, a segurança e os demais efeitos em pacientes menores de 16 anos de idade ainda não estão completamente estabelecidos.
- ✓ O tratamento da hepatite B com alfapeguinterferona ou entecavir durante a gestação está contraindicado, devido aos efeitos teratogênicos da alfapeguinterferona e à ausência de estudos que garantam a segurança e a eficácia do entecavir para o binômio materno-fetal.
- ✓ Recomenda-se o exame de gravidez para mulheres em idade fértil antes de iniciar o tratamento. Além disso, deve-se orientá-las quanto ao uso de método contraceptivo eficaz nos casos em que o tratamento seja realizado com

alfapeguinterferona ou entecavir. Consultar o Capitulo 14: "Situações especiais - Transmissão vertical" para maiores informações.

- ✓ O uso de múltiplas ferramentas para a definição dos critérios de tratamento é uma resposta às diferentes condições de acesso dos pacientes aos serviços de saúde e aos procedimentos de média e alta complexidade. Este PCDT utiliza todos os exames disponíveis no SUS, de modo a facilitar o acesso ao tratamento.

Tratamento com entecavir

Nas situações em que houver contraindicação ao uso do tenofovir, ou presença de alteração da função renal em decorrência do seu uso, deve-se indicar o tratamento com entecavir, um análogo de nucleosídeo. Ambas as opções de monoterapia são equivalentes em eficácia, salvo na presença de mutações virais. O medicamento de primeira linha para pacientes em tratamento de imunossupressão e quimioterapia deve ser o entecavir.

O entecavir apresenta eficácia reduzida quando há presença de mutações, encontradas especialmente em vírus de pacientes experimentados com análogos de nucleosídeo, como lamivudina e telbivudina. Recomenda-se evitar seu uso em pacientes já experimentados com os medicamentos supracitados.

A posologia recomendada para pacientes virgens de tratamento e/ou portadores de cirrose compensada deve ser de 0,5 mg/dia, e de 1 mg/dia para pacientes portadores de cirrose descompensada. O fármaco deve ser administrado por via oral, com ou sem alimentos. A tabela 6 descreve o nível de evidência pelo sistema GRADE para uso do entecavir em pacientes cirróticos de acordo com a Classificação Child-Pugh

Tabela 6. Classificação GRADE do tratamento com entecavir

Pacientes virgens de tratamento e/ou portadores de cirrose Child-Pugh A		
Regime terapêutico	Tempo de tratamento	GRADE
Entecavir 0,5 mg/dia	Indeterminado, conforme conversão sorológica	1A
Pacientes portadores de cirrose Child-Pugh B ou C		
	Tempo de tratamento	GRADE
Entecavir 1,0mg/dia*	Indeterminado, conforme conversão sorológica	1A

Fonte: DIAHV/SVS/MS.- Posologia obtida com a prescrição de 2 comprimidos de 0,5 mg/dia.

- ✓ Pacientes portadores de hepatite B possuem risco aumentado para doença renal, incluindo nefropatia membranosa, glomerulonefrite e outras doenças associadas a disfunção imune, como a poliarterite nodosa.

- ✓ Os agentes antivirais tenofovir e entecavir são excretados pelos rins, e pacientes portadores de doença renal prévia podem necessitar de ajuste de posologia, conforme apresentado neste documento (Anexo C).

Tratamento com alfapeguinterferona

A alfainterferona é um grupo de proteínas e glicoproteínas com atividade antiviral, antiproliferativa e imunomoduladora. Trata-se de uma medicação de aplicação subcutânea semanal, indicada para tratamento alternativo de 48 semanas, reservado a pacientes portadores de infecção pelo vírus da hepatite B com exame HBeAg reagente.

A extensão ou repetição da modalidade terapêutica não está autorizada, e o ciclo de tratamento do paciente deverá ser realizado uma única vez. Excepcionalmente, o ciclo de tratamento poderá ser reiniciado mediante comprovação por relatório médico e retificação do processo de solicitação do medicamento.

O consumo atual de álcool ou drogas, a cardiopatia grave, a disfunção tireoidiana não controlada, os distúrbios psiquiátricos não tratados, a neoplasia recente, a insuficiência hepática, a exacerbação aguda de hepatite viral e o transplante (exceto transplante hepático) são contraindicações ao tratamento com alfapeguinterferona.

Pacientes que engravidarem ou desenvolverem depressão, descompensação cardíaca, disfunção tireoidiana grave ou diabetes de difícil controle devem ter o tratamento interrompido e ser avaliados por especialistas. Pacientes com plaquetopenia merecem conduta individualizada, com suspensão obrigatória do tratamento quando os índices de plaquetas se reduzirem para menos de 30.000/mm3.

O tratamento com alfapeguinterferona apresenta maior potencial de eventosadversos, exigindo atenção de toda a equipe envolvida na assistência.

A terapia com alfapeguinterferona em pacientes que não apresentarem soroconversão do anti-HBs ao final da 48ª semana de tratamento deverá ser

substituída por tenofovir (TDF) ou entecavir (ETV). A tabela 7 descreve o nível de evidência pelo sistema GRADE para uso da alfapeguinterferona.

Tabela 7. Classificação GRADE do tratamento com alfapeguinterferona

Hepatite B crônica HBeAg reagente		
Regime terapêutico	Tempo de tratamento	GRADE
Alfapeguinterferona 180 mcg/semana	48 semanas	1A
Alfapeguinterferona 1,5 mcg/kg/semana	48 semanas	1A

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

A eficácia dos tratamentos instituídos é verificada pela mudançado perfil sorológico, aminotransferases e níveis de HBV-DNA dos pacientes.

Pacientes portadores de hepatite B crônica HBeAg reagente:

✓ HBsAg, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe e HBV-DNA realizadosanualmente.

Pacientes portadores de hepatite B crônica HBeAg não reagente:

✓ HBsAg, anti-HBs, HBV-DNA realizados anualmente.

Pacientes em tratamento com alfapeguinterferona:

Monitoramento clínico:

✓ Hemograma completo a cada 12 semanas;

✓ ST/ALT na 2ª semana de tratamento e a cadaquatro semanas de tratamento;

✓ Glicemia de jejum, TSH e T4L a cada 12 semanas.

Avaliação de resposta

- HBsAg, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe ao final da 48ªsemana;
- HBV-DNA ao final da 24ª e 48ª semana de tratamento;
- Pacientes que apresentarem HBV-DNA> 20.000 UI/mL podem ter o tratamento com alfapeguinterferona substituído por tenofovir ou entecavir, em

virtude da baixa probabilidade de resposta terapêutica.

Contraindicações ao tratamento com alfapeguinterferona:

- Consumo atual de álcool e/ou drogas;
- Cardiopatia grave;
- Disfunção tireoidiana não controlada;
- Distúrbios psiquiátricos não tratados;
- Neoplasia recente;
- Insuficiência hepática;
- Antecedente de transplante, exceto hepático;
- Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia;
- Doença autoimune;
- Intolerância ao medicamento.

B. Pacientes previamente experimentados com medicações para o tratamento da Hepatite B:

Resistência

Resistência é definida como redução da susceptibilidade do HBV aos medicamentos análogos de nucleos(t)ídeos. A resistência pode ser classificada em:

- **Primária:** resposta ausente ou insuficiente ao tratamento, com redução de menos de 1 log10 UI/mL em exame de HBV-DNA, realizado seis meses após instituído o tratamento;
- **Adquirida**: no paciente que apresentou supressão viral (virological

breakthrough), elevação do HBV-DNA de mais de 1 log10 UI/mL em relação ao menor valor de HBV-DNA apresentado, ou alterações nos exames de função hepática (biochemical breakthrough).

Resistência à alfapeguinterferona

Não há resistência viral documentada.

Resistência ao entecavir

Diante de resistência ao tratamento com entecavir, recomenda-se que o resgate de pacientes experimentados seja estruturado com associação de tenofovir ao esquema de tratamento vigente (123). Após um ano de resgate e indetectabilidade do HBV-DNA, deve-se proceder à substituição da terapia dupla por monoterapia com tenofovir.

Resistência ao tenofovir

A resistência ao tenofovir não foi descrita até o momento . Na eventualidade de detecção de uma resistência ao fármaco, recomenda-se que o resgate de pacientes experimentados seja estruturado com associação de entecavir ao esquema de tratamento vigente.

Resistência à lamivudina

Devido à fraca barreira genética e ao fácil desenvolvimento de resistência, não se recomenda o uso de lamivudina para o tratamento da infecção pelo vírus da hepatite B. O tratamento de pacientes que já estão em uso do fármaco deve ser substituído, preferencialmente, por tenofovir, devido à possibilidade de resistência cruzada com entecavir, descontinuando- se progressivamente o uso da lamivudina. A substituição do fármaco será regulamentada em adultos, conforme o escopo deste documento, por meio de Nota Informativa Conjunta.

Resistência ao adefovir

Devido à maior frequência de efeitos adversos e barreira genética inferior, não se recomenda o uso de adefovir para o tratamento da infecção pelo vírus da hepatite B. O tratamento de pacientes que já estão em uso do fármaco deve ser substituído por tenofovir ou entecavir, conforme situação clínica. A substituição do fármaco será regulamentada em adultos, conforme o escopo deste documento, por meio de Nota Informativa Conjunta.

Os vírus das hepatites B, C e Delta e o HIV apresentam formas de transmissão em comum. Dessa maneira, a coinfecção com outros vírus pode ocorrer e afetar de

forma significativa a história natural da doença. A presença concomitante desses agentes infecciosos agrava a atividade necroinflamatória e acelera a evolução da hepatite.

C. Coinfecção do vírus da hepatite B com o HIV

A história natural da infecção pelo vírus da hepatite B é alterada pelo HIV. Indivíduos infectados pelo HIV que desenvolvem hepatite aguda pelo HBV têm cinco a seis vezes mais chance de se tornarem portadores crônicos do HBV, quando comparados a indivíduos soronegativos para o HIV.

Em pacientes coinfectados, o HIV aumenta a replicação do HBV, levando à forma mais grave de doença hepática. Uma vez portador do HBV, o indivíduo tende a evoluir com menores taxas de soroconversão espontânea do HBeAg/ anti-HBe e HBsAg/anti-HBs – e apresentar altas taxas de replicação viral. Formas mais graves de doença hepática também têm sido associadas à síndrome de reconstituição imune após a terapia antirretroviral (TARV), ocasionando piora nas provas de função hepática, possivelmente em decorrência do aumento da atividade necroinflamatória.

Pacientes coinfectados HBV/HIV podem evoluir com "HBV oculto", caracterizado por baixa carga viral de HBV-DNA e HBsAg não reagente, estando autorizada a realização de exame para quantificação do HBV-DNA em regime semestral para elucidação diagnóstica.

A infecção pelo HIV está associada a uma pior resposta do tratamento da infecção pelo HBV com alfainterferona, aumento da toxicidade hepática e menor eficácia da TARV. Por outro lado, o real impacto da infecção crônica do HBV sobre a evolução do HIV é pouco compreendido, embora essa coinfecção esteja associada a uma maior mortalidade.

Conforme o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos* (2013), a TARV para o HIV deve ser instituída prontamente. O início precoce da terapia está associado a redução da transmissibilidade e da morbimortalidade relacionadas à infecção pelo HIV.

O tenofovir e a lamivudina são fármacos antirretrovirais com atividade contra o HIV e contra o HBV, diminuindo o risco de progressão para cirrose e CHC. Esses fármacos constam como primeira opção terapêutica para a infecção pelo HIV e podem ser obtidos em coformulação para tomada única diária. A combinação desses medicamentos também resulta em sinergismo para o tratamento do HIV e apresenta um perfil de toxicidade favorável.

A didanosina apresenta interação medicamentosa significativa com tenofovir; portanto, a coadministração de didanosina e tenofovir não está recomendada para pacientes portadores de coinfecção HBV/HIV.

D. Coinfecção do vírus da hepatite B com o vírus da hepatite C

Pacientes coinfectados pelo vírus da hepatite B com o vírus da hepatite C podem ser submetidos ao tratamento do vírus predominante – habitualmente o vírus C, quando se configura indicação de tratamento conforme o PCDT para Hepatite C e Coinfecções –, ou submetidos ao tratamento simultâneo. Caso o profissional de saúde opte por tratar o HCV exclusivamente com regime de tratamento sem alfapeguinterferona, recomenda-se cautela e periodicidade nos exames de monitoramento do HBV.

E. Imunossupressão e quimioterapia

Pacientes devem receber tratamento com análogos de nucleos(t)ídeos antes de receber terapia imunossupressora ou quimioterapia – pelo risco de hepatite grave, insuficiência hepática e óbito. O medicamento de primeira linha para essa indicação terapêutica é o entecavir .

A lamivudina poderá ser utilizada quando o entecavir não estiver disponível. Recomenda-se, no entanto, que essa medicação seja utilizada somente em pacientes com HBV-DNA indetectável e apenas por um curto período de tempo (< 4 meses), em razão do elevado risco de resistência, devendo a lamivudina ser substituída por entecavir ou tenofovir o mais rapidamente possível.

Caso o paciente já tenha utilizado lamivudina em tratamento prévio, podendo já apresentar resistência viral, é mais indicado o uso de tenofovir ao invés de entecavir – pelo risco de desenvolvimento de resistência cruzada.

As terapias antiviral profilática (antes da reativação) e preemptiva (após a reativação) deverão ser mantidas por 6 a 12 meses após o término do tratamento imunossupressor. Caso a terapia seja por tempo indefinido (transplante renal e hepático, por exemplo), o análogo também deverá ser mantido indefinidamente.

Pacientes com indicação de terapia com imunossupressores ou quimioterápicos deverão realizar testes sorológicos com pesquisa de HBsAg e do Anti-HBc total, antes de iniciar o tratamento. Pacientes com exame HBsAg reagente e com Anti-HBc reagente isolado devem ser submetidos à quantificação do HBV-DNA.

A indicação de terapia preventiva será orientada pelo perfil sorológico – tipo de tratamento imunossupressor – e pelo risco de reativação viral.

Nos pacientes com risco elevado, tais como aqueles que farão uso de quimioterápicos ou outros medicamentos imunossupressores – considerados de alto risco para reativação viral –, o tratamento profilático está indicado e pode ser iniciado antes da terapia imunossupressora ou concomitantemente a esta. Todavia, em casos de neoplasias ou doenças com manifestações graves, o início da profilaxia contra a reativação da hepatite B não deve retardar o tratamento da doença de base. Se houver impossibilidade de medicamentos para o início da profilaxia antes ou junto com a imunossupressão, deve-se iniciar o tratamento da doença de base e, tão logo possível, a profilaxia.

Nos casos de risco moderado e baixo, a terapia poderá ser iniciada imediatamente, ou postergada e iniciada apenas após o diagnóstico de reativação viral.

Pacientes que não iniciarem a terapia profilática deverão ter os níveis de HBV-DNA e ALT monitorados a cada dois meses; no caso de haver reativação viral, deve-se iniciar terapia preemptiva.

Quando não houver a disponibilidade de testes de HBV-DNA para o monitoramento sequencial durante a terapia imunossupressora ou quimioterápica, o tratamento profilático deverá ser iniciado nos pacientes com risco elevado e moderado.

Pode-se considerar reativação viral a elevação da viremia (≥ 2 log) em relação à viremia basal; o reaparecimento do HBV-DNA em pacientes com viremia inicialmente indetectável; e a sororreversão HBsAg em pacientes antes HBsAg não reagentes.

Pacientes com HBsAg reagente ou HBsAg não reagente com anti-HBc reagente (independentemente dos títulos de anti-HBs), que são candidatos à terapia com anti-CD20 (rituximabe), anti-CD52 (alemtuzumab), quimioterapia para neoplasias hematológicas e transplante de medula óssea, são considerados de alto risco para reativação viral, devendo receber terapia profilática antes do início do tratamento, independentemente dos níveis de HBV-DNA (Anexo B).

CIRROSE DESCOMPENSADA

A cirrose compensada é geralmente distinguida da cirrose descompensada por meio do escore de Child-Pugh, utilizado para avaliar o grau de deterioração da função hepática, além de ser marcador prognóstico.

O escore de Child-Pugh (Tabela 8) é calculado somando-se os pontos dos cinco fatores abaixo, que vão de 5 a 15. As classes de Child-Pugh são: A (escore de 5 a 6), B (7 a 9) ou C (acima de 10). Em geral, a descompensação indica cirrose com um escore de Child-Pugh > 7 (classe B de Child-Pugh), sendo esse nível um critério aceito para inclusão no cadastro de transplante hepático.

A figura 1 resume as etapas do diagnóstico e tratamento da Hepatite B.

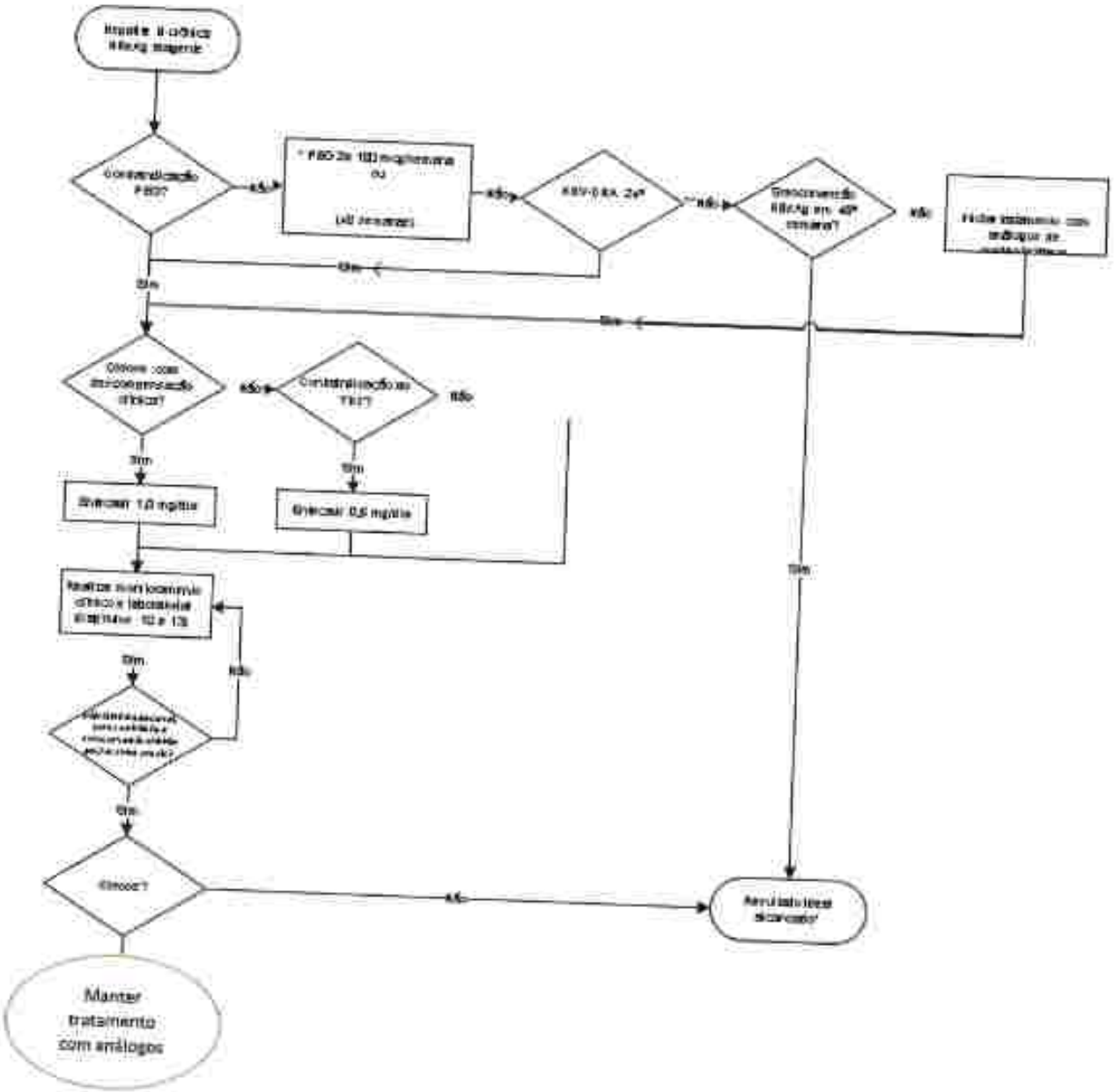


Figura 1: Fluxograma para o tratamento da Hepatite B crônica Hbeag reagente.

Tabela 8. Escore de Child-Pugh (105)

Critério – Fator de Classificação de Child-Pugh	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubina sérica µmol/L (mg/dL)	<34 (<2,0)	34-51 (2,0-3,0)	>51 (>3,0)
Albumina sérica, g/L (g/dL)	>35 (>3,5)	30-35 (3,0-3,5)	<30 (<3,0)
Ascite	Nenhuma	Facilmente controlada	Mal controlada
Distúrbio neurológico	Nenhum	Mínimo	Coma avançado
Tempo de protrombina (segundos de prolongamento)	0-4	4-6	>6
IRN	<1,7	1,7-2,3	>2,3

Quadro 5. Critérios de West Haven para classificação da encefalopatia hepática de acordo com a gravidade (106)

Grau I	Alterações leves do comportamento e de funções psicofisiológicas; como euforia ou depressão de ritmo; esforços diversos de comportamento como raciocínio fácil; palmo hepático
Grau II	Letargia ou apatia; lentidão nas respostas; desorientação no tempo e espaço; alterações na personalidade e comportamento inadequado; presença de *flapping*[*]
Grau III	Sonolência e torpor com resposta aos estímulos verbais; desorientação grosseira ou agitação psicomotora; desaparecimento de *flapping*
Grau IV	Coma não responsivo aos estímulos verbais e com resposta flutuante à dor

[*] *Flapping* ou asterixis é um evento observado ao exame físico do paciente. Caracteriza-se por tremor no pulso quando estendido (dorsiflexão), semelhante ao bater de asas de um pássaro (108).

AGENTE ETIOLÓGICO E HISTÓRIA NATURAL DA HEPATITE DELTA

O vírus da hepatite Delta foi relatado, pela primeira vez, em meados da década de 1977, em pacientes portadores de hepatite B com instabilidade clínica. Inicialmente identificado como um antígeno do vírus da hepatite B, foi temporariamente denominado "Antígeno Delta".

A hepatite Delta foi elucidada, posteriormente, em pesquisas desenvolvidas em chimpanzés, que demonstraram que o "Antígeno Delta" (HDVAg) constituía outro agente infeccioso, dependente da infecção pelo vírus da hepatite B para sua replicação, utilizando-se de parte da estrutura do HBV.

O genoma do HDV foi clonado e sequenciado em 1986. Assim, o patógeno recebeu seu próprio gênero – Deltavirus.

O HDV é um vírus pequeno, esférico, de 36 nm de diâmetro, de composição híbrida e defectiva. Trata-se do único agente satélite e subviral humano dependente de proteínas do envelope do HBV .

O vírus da hepatite Delta apresenta-se em oito genótipos (HDV-1 a HDV- 8). Os genótipos 1 a 3 apresentam peculiaridades em sua distribuição geográfica:

- HDV-1: Europa, América do Norte, África e alguns países da Ásia;
- HDV-2: Japão, Taiwan (China) e Rússia;
- HDV-3: exclusivo da América do Sul (Brasil, Colômbia, Peru e Venezuela).

Em uma análise de 36 cepas do HDV-3, concluiu-se que um ancestral comum se originara em 1930. O genótipo 3 do HDV teve sua transmissão aumentada na América do Sul a partir de 1950. Os relatos destacam que as pessoas mais acometidas foram os trabalhadores que imigraram para a região norte do Brasil – conhecidos como "soldados da borracha" – e seus familiares.

A hepatite Delta também já foi relacionada à etiologia da Febre Negra de Lábrea, hepatite grave de curso rápido documentada na bacia amazônica brasileira há mais de 50 anos.

A história natural da doença não é uniforme. A apresentação clínica pode ou não manifestar sintomas. Dentre as formas graves da doença, observa-se desenvolvimento de cirrose hepática, insuficiência hepática e/ou CHC. A figura 2 resume os passos para o tratamento da Hepatite Delta

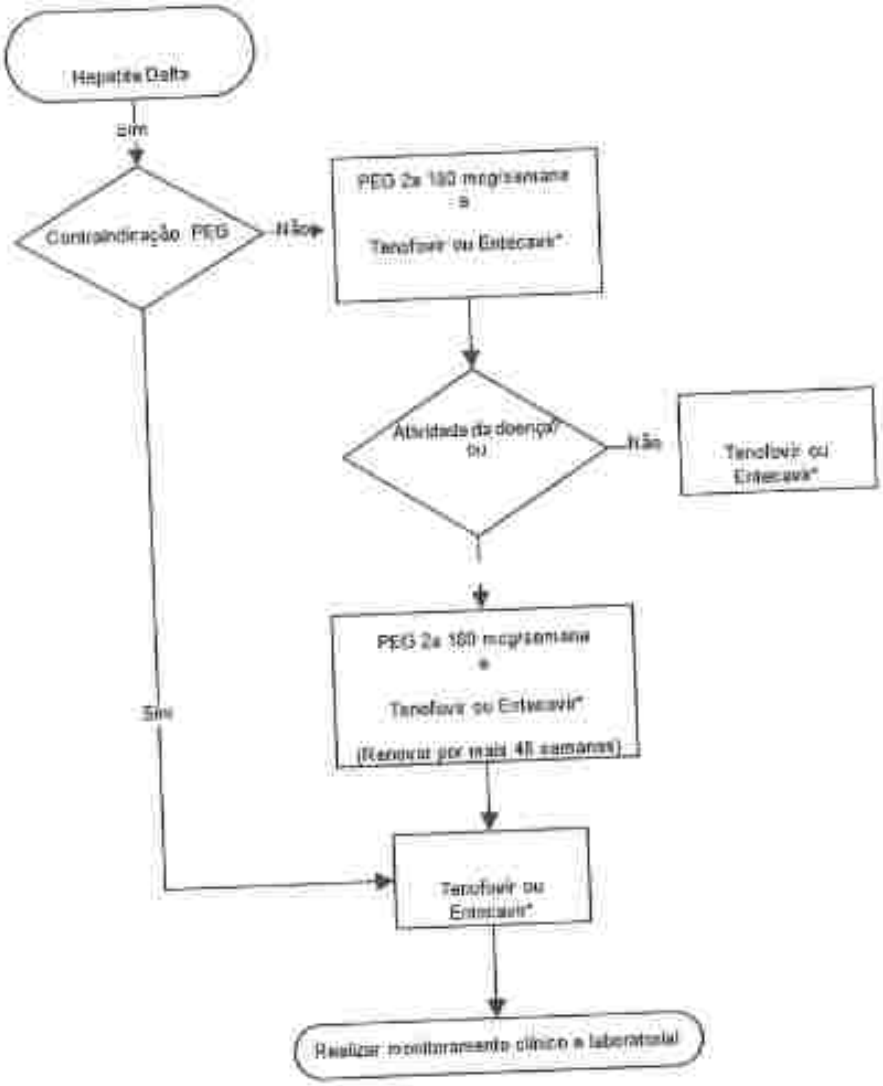


Figura 2: Fluxograma para o tratamento da Hepatite Delta

DIAGNÓSTICO E APRESENTAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL DA HEPATITE DELTA

O diagnóstico sorológico da hepatite Delta é baseado na detecção de anticorpos anti-HDV IgG em paciente com suspeita de exposição recente para o agente infeccioso. Pacientes portadores de hepatite B residentes em áreas endêmicas ou com antecedente epidemiológico correspondente são candidatos à investigação. Caso estes apresentem exame anti-HDV IgG reagente, a confirmação da hepatite Delta será realizada por meio do somatório das informações clínicas, epidemiológicas e demográficas.

TRATAMENTO, INDICAÇÃO E RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS PARA HEPATITE DELTA

O objetivo principal do tratamento é o controle do dano hepático infligido. Independentemente do desfecho, pacientes portadores de hepatite Delta devem permanecer sob os cuidados já preconizados neste PCDT.

Todos os pacientes portadores de hepatite Delta são candidatos à terapia composta por alfapeguinterferona 2a e/ou um análogo de núcleotídeo (tenofovir ou entecavir) .

A hepatite Delta é considerada a hepatite viral de maior morbimortalidade e de manejo clínico mais complexo entre as hepatites virais. As características exclusivas desse agente infeccioso, a escassez de estudos epidemiológicos e de ensaios clínicos randomizados, além da ausência de terapias eficazes, prejudicam a construção de políticas públicas de saúde efetivas. Até o momento, conta-se com a imunização para hepatite B como principal forma de prevenção da doença e com a alfapeguinterferona como principal recurso terapêutico.

A modalidade terapêutica selecionada constitui-se na administração simultânea de alfapeguinterferona 2a e um análogo de nucleos(t)ídeo durante 48 semanas, renovada por outras 48 semanas mediante avaliação clínica e laboratorial.

A presença de sinais e sintomas que demonstram atividade da doença hepática e/ou exames de função hepática com elevação dos índices de AST/ALT justificam imediata renovação do tratamento por mais 48 semanas, totalizando 96 semanas de terapia combinada. Ao final da 48ª ou da 96ª semana, os pacientes deverão continuar apenas com os medicamentos de administração oral. Pacientes com contraindicação ao tratamento com

alfapeguinterferona também podem recorrer à terapia realizada exclusivamente com análogos de nucleotídeos.

A continuidade do tratamento não está condicionada à comprovação do HBV-DNA. A figura 3 sumariza os tratamentos para Hepatite Delta

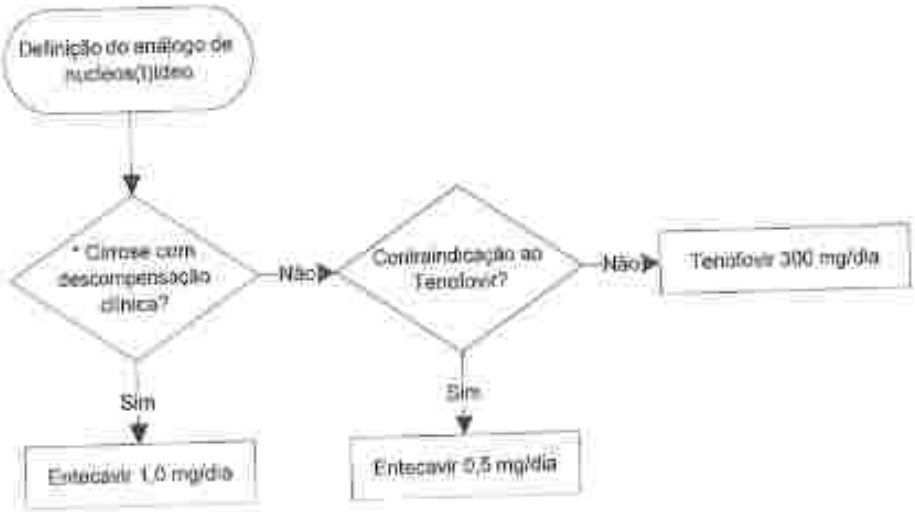


Figura 3: Fluxograma para definição do análogo de núcleos(t)ídeo para tratamento da Hepatite Delta

HEPATITE AUTOIMUNE

Principais características da HAI são um quadro histopatológico de hepatite de interface (periportal ou perisseptal), hipergamaglobulinemia, presença de autoanticorpos tissulares e responsividade à terapia imunossupressora na maioria dos casos . Na HAI tipo 1, os principais anticorpos são fator antinuclear (FAN), antimúsculo liso (AML), pANCA e anti-SLA/LP. Anti-LKM1 e o anticitosol hepático 1 (ALC-1), isoladamente ou em associação, caracterizam a HAI tipo 23 .

Em aproximadamente 50% dos casos, o início da doença é insidioso, com os pacientes apresentando fadiga, náusea, anorexia, perda de peso, dor ou desconforto abdominais, icterícia, rash cutâneo, artralgias e mialgias. Ao exame físico, podem estar presentes hepatoesplenomegalia, ascite, eritema palmar, aranhas vasculares, edema periférico

e encefalopatia1,4. Cerca de 30% dos pacientes apresentam um quadro agudo, com icterícia intensa, sendo essenciais a identificação precoce e o tratamento adequado para evitar progressão para insuficiência hepática. O restante dos casos são assintomáticos, sendo identificados pelo achado incidental de aumento dos níveis séricos de aminotransferase/transaminases (AST/TGO e ALT/TGP

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 ambulatorial um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da HAI é feito pela soma de informações clínicas, bioquímicas, histopatológicas e de resposta ao tratamento (Tabela 9). Devem ser afastadas causas virais, tóxicas e metabólicas antes que se possa firmar o diagnóstico. Corroboram o diagnóstico aumento expressivo nas concentrações séricas de gamaglobulinas, grau de elevação das AST/TGO e ALT/TGP superior ao grau de elevação da fosfatase alcalina, presença de FAN, AML ou anti-LKM1 positivos, ausência de anticorpo antimitocondrial e exame histopatológico com hepatite de interface sem lesões biliares, granulomas ou alterações proeminentes sugestivas de outra doença8 . Em uma revisão sistemática com metaanálise, FAN apresentou sensibilidade de 65,0% (IC95%: 61,9% a 68,0%), especificidade de 75,1% (IC95%: 73,7% a 76,4%) e odds ratio de 7,38 (IC95%: 4,34 a 12,54) para o diagnóstico de HAI enquanto AML apresentou, para os mesmos parâmetros, valores de 59,3% (IC95%: 56,4% a 62,1%), 92,6% (IC95%: 91,7% a 93,4%) e 31,55 (IC95%: 17,15 a 58,06)9 . Revisão sistemática com meta-análise identificou que idosos (i.e., maiores de 60 a 65 anos) possuem maior chance de apresentarem HAI assintomática, associada à cirrose e com HLA-DR4 positivo em comparação a pacientes mais jovens.

Tabela 9: Critérios diagnósticos simplificados para hepatite auto-imune

Critério diagnóstico	Pontuação
Ac antinuclear ou Ac antimúsculo liso > 1/40	1 ponto
Ac antinuclear ou Ac ant-músculo liso > 1/80	2 pontos
Ac anti-LKM1 > 1/40 ou Ac antiantígeno solúvel hepático positivo	2 pontos
IgG acima do limite superior da normalidade	1 ponto
IgG > 10 vezes limite superior da normalidade	2 pontos

Histologia compatível (hepatite crônica com infiltrado linfocítico)	1 ponto
Histologia típica (hepatite de interface com infiltrado linfoplasmocitário em tratos portais)	2 pontos
Ausência de hepatite viral (hepatite B e C)	2 pontos

Diagnóstico provável se 6 pontos e definitivo se 7 ou mais pontos.

Tratamento

Sem tratamento, a sobrevida em 10 anos é menor que 30% e em 5 anos de 50% . Pacientesque progredem rapidamente para hepatite fulminante (ou subaguda) devem ser considerados para transplante hepático. São considerados critérios para o tratamento:

- Transaminases aumentadas mais de 10 vezes;
- Transaminases aumentadas em 2 vezes o limite da normalidade se hepatite de interface, aumento de bilirrubinas ou aumento de gamaglobulinas;
- Gamaglobulina > 2 vezes o limite superior da normalidade;
- Achados histológicos de risco como necrose significativa ou cirrose;
- Crianças.

As primeiras experiências da década de 1970 e 80 mostraram um claro benefício de sobrevivência com corticosteroides em comparação ao placebo e à azatioprina. Estudos subsequentes controlados centram-se na utilização de monoterapia com a azatioprina diminuindo o uso de corticosteroides tentando manter a remissão da doença. Apesar das limitações dos estudos com uso de corticoterapia, com ou sem azatioprina, na prática clínica está associada remissão em cerca de 85% dos pacientes e, portanto, tornou-se o padrão de cuidado no tratamento de doenças hepáticas autoimunes. Assim, o tratamento inicial recomendado é com o uso de glicocorticoides, preferencialmente a prednisona ou prednisolona; a dose inicial é usualmente de 60 mg, seguida posteriormente por diminuição gradual desta dose, em pacientes com doença leve ou moderada pode se iniciar com uma dose menor de 30 mg de prednisona, que pode ou não ser associada com baixa dose de azatioprina (50 mg ao dia).

Caso a resposta com a corticoterapia não seja apropriada pode-se introduzir a azatioprina, com dose inicial de 50 mg ao dia, podendo chegar até dose de 200 mg

ao dia. Pacientes com doses maiores que 1-2 mg/kg de prednisona combinados com azatioprina sem resposta ao tratamento devem ser considerados para terapias investigacionais. Os pacientes com resposta adequada devem realizar retirada

gradual das medicações, primeiro retirando o glicocorticoide, posteriormente com desmame da azatioprina.

Embora os corticoesteroides tenham uma meia-vida biológica relativamente curta, a azatioprina demora pelo menos 3 meses para se tornar efetiva, assima introdução de azatioprina deve ocorrer em tempo suficiente para permitir o início precoce de desmame de corticosteroides. No entanto, porque a azatioprina pode induzir uma hepatite idiossincrática, o tratamento com azatioprina deve idealmente ser iniciado apenas uma vez que a AST for inferior a duas vezes o limite superior da normalidade.

Quando a azatioprina é iniciada, é recomendado que o paciente seja testado para presença de polimorfismo da enzima tiopurina metiltransferase (TPMT) ou, alternativamente, a concentração da enzima TPMT deve ser medida antes do início do tratamento. Para homozigotos TPMT com concentrações insignificantes da enzima, a azatioprina deve ser evitada, porque a morte por citopenias graves e complicações sépticas podem ocorrer. Para heterozigotos TPMT, o tratamento com azatioprina deve começar com uma dose reduzida, com monitorização da contagem de células brancas durante o tratamento. No entanto, nenhum genótipo TPMT nem a atividade enzimática prevê efeitos colaterais tóxicos em todos os pacientes.

Em pacientes respondedores, a concentração de AST, geralmente, se normaliza dentro de 6-12 semanas de tratamento, embora remissão histológica demore pelo menos mais 6-12 meses. Mesmo no contexto de fibrose hepática e cirrose, pode ocorrer regressão substancial de cicatrizes com o tratamento com esteroides.

Vários estudos controlados investigaram a retirada do tratamento após longos períodos em remissão. O tratamento de manutenção (baixas doses de corticoesteroides ou azatioprina). Em um estudo com 30 pacientes que haviam ficado em remissão entre 2 e 9 anos, apenas três permaneceram em remissão 1 ano após a suspensão do tratamento, e finalmente todos recidivaram. No entanto, a retirada de tratamento com esteroides e substituição com azatioprina na dose de 2 mg / kg por dia pode manter a remissão, sem recidiva. Não é claro ainda se existe um momento que todo tratamento imunosupressor pode ser retirado nestes pacientes e, provavelmente, só deve ser tentado após remissão bioquímica e histológica sustentada por pelo menos 2 anos; com retirada gradual e sistemática

antes de interrupção completa. Consistente com relatos anteriores , a probabilidade de remissão sustentada em pacientes que receberam 2-4 anos de tratamento contínuo era de 17%, em contraste com uma probabilidade de 67% para quem recebeu mais de 4 anos de tratamento contínuo.

O objetivo do tratamento deve ser o retorno às concentrações normais de aminotransferases, pois aumento de aminotransferases durante a remissão são associados a recidiva. Assim as concentrações séricas de aminotransferase devem ser, cuidadosamente, monitorizadas após a suspensão do tratamento e sua elevação pode justificar imunossupressão em dose baixa baixa dose ao longo da vida. Entre os efeitos adversos dos corticoesteroides se incluem diabetes mellitus,osteoporose, catarata e alterações psiquiátricas. A Azatioprina tem seu próprio perfil de efeitos colaterais como náuseas, vômitos, erupções cutâneas, pancreatite,hepatotoxicidade e supressão de medula óssea.

Esses problemas são, geralmente, reversíveis. Cerca de 10-15% dos doentes com hepatite autoimune parecem ser refratários ao tratamento padrão, que pode ser um resultado de má aderência ou uma falta de resposta verdadeira. Outra possibilidade é que outro diagnóstico alternativo seja o responsável pelas alterações como colangite esclerosante primária, cirrose biliar primária entre outros. Para pacientes com doença verdadeira não-responsivos, uma imunossupressão alternativa pode ser necessária. Na hepatite autoimune, muitos agentes têm sido utilizados com sucesso variável e nenhum deles foi testado em um estudo randomizado controlado. Os Inibidores da Calcineurina, tais como a ciclosporina A e tacrolimus, são a alternativa mais utilizada em adultos e crianças com hepatite auto-imune. A grande questão impedindo o uso generalizado destes agentes incluem seus efeitos tóxicos, que incluem hipertensão, insuficiência renal, anemia, dislipidemia, hirsutismo, infecção, e neoplasias.

O micofenolato mofetil teve resultados conflituantes em pacientes com hepatite auto-imune, outros agentes como o ácido ursodesoxicólico, ciclofosfamida, metotrexato, sirolimus, e agentes biológicos, tais como o etanercept ou rituximab ainda tem uma experiência limitada a poucas séries de casos.

Apesar dos pacientes não respondedores, o tratamento costuma ser bem sucedido com expectativa de vida em 10 anos de mais de 90%, em pacientes com cirrose já na apresentação. Estudos mostram nestes pacientes sobreviventes aumento de neoplasias linfoproliferativas e carcinoma hepatocelular, que pode ocorrer em média de 9 anos e 10 anos

após o desenvolvimento de cirrose; o que sugere que o rastreio de carcinoma hepatocelular deve ser obrigatório nos pacientes com hepatite autoimune e cirrose.

Para os pacientes com o fenótipo agudo grave, a incapacidade de responder ao tratamento dentro dos primeiros 7-14 dias após a apresentação está associado com uma mortalidade de cerca de 50% .

Doença recorrente após transplante hepático é bem descrita. A patogênese da recorrência como faz é mal compreendida. Exista ainda descrição de episódios de hepatite auto-imune em pacientes submetidos a transplante hepático por outras causas. Apesar desta constatação,a perda do enxerto e necessidade de retransplante para hepatite autoimune é rara.

Consideraçoes finais

Conforme podemos observar, o manejo clinico das hepatites de maneira geral, é bastante complexo, muito ainda há que se conhecer sobre tal patologia, porém, um ponto inquestionavel, é o nivel de eficacia e segurança da vacina.

Referências Bibliográficas.

AGUIAR, J. I. et al. Low prevalence of hepatitis B and C markers in a non-Amazonian indigenous population. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 6, p. 269-270, Oct. 2002.

AIRES, R. S. **Infecção pelo virus da hepatite B em pacientes com tuberculose em hospital de referência em Goiânia-Goiás**. 2011. 101 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Publica, Universidade Federal de Goias, Goiania, 2011.

ALMEIDA, D. et al. Serological markers of hepatitis A, B and C viruses in rural communities of the semiarid Brazilian Northeast. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 10, n. 5, p. 317-321, 2006.

ALMEIDA, M. K. C. de et al. Prevalence of viral hepatitis B and C in riverside communities of the Tucurui Dam, Para, Brazil. **Journal of Medical Virology**, [S.l.], v. 84, p. 1907-1912, 2012.

ALMEIDA-NETO, C. de et al. Prevalence of serological markers for hepatitis B and C viruses in Brazilian blood donors, and incidence and residual risk of transfusion-transmission of hepatitis C virus. **Transfusion**, [S.l.], v. 53, n. 4, p. 827-834, Apr. 2013.

AMARAL, R. P. do et al. Serological profile of potential solid organ donors in Santa Catarina, Brazil. **Transplantation Proceedings**, [S.l.], v. 40, p. 665-667, 2008.

ANDRADE, A. et al. Seroprevalence of hepatitis B and C virus markers among blood donors in Rio de Janeiro, Brazil, 1998-2005. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 6, p. 673-676, set. 2006.

ANDRADE, C. A. et al. Soroprevalencia do HIV-1/2, HTLV-I/II e hepatites B e C em parturientes da maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Patologia Tropical**, Goiania, v. 28, n. 1, p. 41-48, jan./jun. 1999.

ANJOS, G. R. L. C. dos et al. Epidemiology of hepatitis B virus infection in first-time blood donors in the southwestern region of Goias, central Brazil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Sao Paulo, v. 33, n. 1, p. 38-42, 2011.

AQUINO, J. A. et al. Soroprevalencia de infeccoes por virus da hepatite B e virus da hepatite C em individuos do Estado do Para. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Sao Paulo, v. 41, n. 4, p. 334-337, jul./ago. 2008.

ARAGAO, A. L. E. D. **Prevalência e fatores de risco associados à coinfecção do vírus da hepatite B (HBV) em pacientes HIV positivos no estado do Piauí**. 2011. 104 f. Dissertacao (Mestrado) – Programa de Pos-Graduacao em Farmacologia, Departamento de Fisiologia e Farmacologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceara, Fortaleza, 2011.

FERNANDES, C. N. da S. et al. Prevalence of hepatitis B and C seropositivity in pregnant women. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, Sao Paulo, v. 48, n. 1, p. 89-96, 2014.
FERRAZ, M. L. G. et al. Marcadores sorologicos do virus da hepatite B e anticorpo delta em homossexuais. **Revista Paulista de Medicina**, Sao Paulo, v. 103, n. 5, p. 228-230, set./out. 1985.
FERREIRA, A. et al. Soroepidemiologia da hepatite B e C em indios Kaingang do Sul do Brasil. **Revista Panamericana de Salud** Publica, Washington, D.C., v. 20, n. 4, p. 230-235, 2006.
FERREIRA, J. D. **Violência sexual contra mulheres adultas e adolescentes**: aspectos sociodemograficos e agravos para a saude reprodutiva. 2012. 96 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina do ABC, Santo Andre, 2012.
FERREIRA, R. et al. Hepatitis B virus infection profile in hemodialysis patients in Central Brazil: prevalence, risk factors, and genotypes. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 6, p. 689-692, 2006.
_____, et al. Prevalence of hepatitis B virus and risk factors in Brazilian non-injecting drug users. **Journal of Medical Virology,** [S.l.], v. 81, p. 602-609, 2009.
FIGUEIRO-FILHO, E. A. et al. Frequencia das infeccoes pelo HIV-1, rubeola, sifilis, toxoplasmose, citomegalovirus, herpes simplex, hepatite B, hepatite C, Doenca de Chagas e HTLV I/II em gestantes, do Estado de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical,** Sao Paulo, v. 40, n. 2, p. 181-187, mar./abr. 2007.
FOCACCIA, R. et al. Estimated prevalence of viral hepatitis in the general population of the Municipality of Sao Paulo, measured by a serologic survey of stratified, randomized and residence-based population. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 2, n. 6, p. 269-284, Dec. 1998.
FONSECA, J. C. da; SIMONETTI, J. P. Epidemiology of the hepatitis delta virus (HDV) in Brazil. **Progress in Clinical and Biological Research**, [S.l.], v. 234, p. 507-514, 1987.
FONSECA, J. C. Prevalence of infection with hepatitis delta virus (HDV) among carriers of hepatitis B surface antigen in Amazonas State, Brazil. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine Hygiene**, [S.l.}, v. 3, n. 82, p. 469-471, 1988.

LEMES, P. S. **Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite b em pacientes HIV soropositivos em Goiânia-Goiás**. 2011. 100 f. Dissertacao (Mestrado) – Universidade Federal de Goias, Goiania, 2011.
LEWIS-XIMENEZ, L. L. et al. Viral hepatitis markers in antepartum and postpartum women in Rio de Janeiro, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 97, n. 2, p. 203-204, mar. 2002.
LIELL, A. P. et al. Prevalencia do HBsAg em gestantes de Passo Fundo, RS: estudo comparativo
entre os sistemas de saude publico e privado. **Arquivos de Gastroenterologia**, Sao Paulo, v. 46, n. 1, p. 75-77, jan./mar. 2009.
LIMA, L. H. M. de; VIANA, M. C. Prevalence and risk factors for HIV, syphilis, hepatitis B, hepatitis C, and HTLV-I/II infection in low-income postpartum and pregnant women in Greater Metropolitan Vitoria, Espirito Santo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 668-767, 2009.
LINDENBERG, A. de S. C. et al. Decrease in hepatitis B prevalence among blood donors in Central- West Brazil. **Journal of Venomous Animals and Toxins Including Tropical Diseases**, [S.l.], v. 19, p. 1-7, 2013.
LIVRAMENTO, A. do et al. Seroprevalence of hepatitis B and C infection markers among children and adolescents in the Southern Brazilian Region. **Revista do Instituto de Medicina Tropical**, Sao Paulo, v. 53, n. 1, p. 13-17, jan./fev. 2011.
LOPES, C. L. R. et al. Perfil soroepidemiologico da infeccao pelo virus da hepatite B em profissionais das unidades de hemodialise de Goiania-Goias, Brasil Central. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Sao Paulo, v. 34, n. 6, p. 543-548, nov./dez. 2001.

LOZANO, R. et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, [S.l.], v. 380, p. 2095-2128, 2012.

LURIE, P. et al. Socioeconomic status and risk of HIV-1, syphilis and hepatitis B infection among sex workers in Sao Paulo State, Brazil, Instituto Adolfo Lutz Study Group. **AIDS**, London, v. 9, p. S31-37, July 1995. Supplement 1.

MACCARINI, J. de L. et al. Positive serology for viral hepatitis and donor self-exclusion in Southern Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Sao Paulo, v. 46, n. 4, p. 403-410, jul./ago. 2013.

MACHADO FILHO, A. C. et al. Prevalencia de infeccao por HIV, HTLV, VHB e de sifilis e clamidia em gestantes numa unidade de saude terciaria na Amazonia ocidental brasileira. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 176-183, 2010.

MACHADO, D. F. G. de P. et al. Prevalence and factors associated with hepatitis B virus infection among senior citizens in a Southern Brazilian city. **Hepatitis Monthly**, [S.l.], v. 13, n. 5, p. e7874, 2013.

_____. **Prevalência e fatores associados à infecção pelo vírus da hepatite B em idosos residentes em Tubarão (SC)**. 2011. 96 f. Dissertacao (Mestrado) – Programa de Pos-Graduacao em Ciencias da Saude, Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarao,

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO-FORMOSA.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O IMED- Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento apresenta nas proxima paginas o presente protocolo de tratamento, acompanhamento de assistência a nivel ambulatorial para a infecção causada pelo virus da iminodeficência humana(HIV) nas dependencias da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa, protocolo este, fundamentado nas diretrizes do Ministério da Saúde e guidelines do CDC.

Dentro das estratégias programdas, nossa proposta de trabalho consiste primeiramente que os profissionais de saúde ofereçam a possibilidade de testagem para o HIV e outras IST a todos os pacientes sexualmente ativos, independentemente de sintomas ou queixas. Oferecer a testagem para o HIV e outras IST durante avaliações de rotina, mesmo na ausência de sintomas, em especial à população jovem, tem como objetivo construir um vínculo maior entre profissional e paciente e diagnosticar precocemente a infecção, instituindo-se, assim, os benefícios do tratamento e melhorando o prognóstico e qualidade de vida do usuário.

ABORDAGEM INICIAL DO ADULTO INFECTADO PELO HIV

Um dos objetivos da abordagem inicial de uma pessoa com diagnóstico de infecção pelo HIV é estabelecer uma relação de confiança e respeito entre esta e a equipe multiprofissional do serviço de saúde. O uso de uma linguagem acessível é fundamental para a compreensão dos aspectos essenciais da infecção, da avaliação clínico-laboratorial, da adesão e do tratamento. Ao se estabelecer o diálogo, permite-se a compreensão e o esclarecimento de eventuais dúvidas e abre-se caminho para a superação das dificuldades.

Acolhimento Humanizado:

Antes de iniciarmos as discussões técnicas, o presente protocolo, enfatiza a necessidade do acolhimento, assim que a pessoa chegar ao serviço de saúde. Essa prática visa garantir à pessoa uma escuta respeitosa e profissional, independentemente do motivo que a levou a buscar ajuda. Conhecer e compreender as condições psicossociais, riscos e vulnerabilidades que envolvem o contexto de vida da PVHIV (pessoas vivendo com HIV), representa uma ferramenta importante para o manejo integral e o consequente sucesso terapêutico.

A investigação clínica não deve se esgotar na primeira consulta, mas precisa ser complementada e atualizada nos atendimentos subsequentes. Esses aspectos podem ser abordados tanto pelo médico como por outro membro da equipe de saúde, conforme as particularidades da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa.

História natural da doença:

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1, o HIV1, cursa com um amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda até a fase avançada da doença.

Em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos.

Infecção aguda:

A infecção aguda é definida como as primeiras semanas da infecção pelo HIV, até o aparecimento dos anticorpos anti-HIV (soroconversão), que costuma ocorrer em torno da quarta semana após a infecção. Nessa fase, bilhões de partículas virais são produzidas diariamente, a viremia plasmática alcança níveis elevados e o indivíduo torna-se altamente infectante.

Como em outras infecções virais agudas, a infecção pelo HIV é acompanhada por um conjunto de manifestações clínicas, denominado Síndrome Retroviral Aguda (SRA), que se apresenta geralmente entre a primeira e terceira semana após a infecção. Entre 50% a 90% dos indivíduos infectados apresentam SRA.

Os principais achados clínicos de SRA incluem febre, adenopatia, faringite, exantema, mialgia e cefaleia. A SRA pode cursar com febre alta, sudorese e linfadenomegalia, comprometendo principalmente as cadeias cervicais anterior e posterior,

submandibular, occipital e axilar. Podem ocorrer, ainda, esplenomegalia, letargia, astenia, anorexia e depressão. Alguns pacientes desenvolvem exantema de curta duração após o início da febre (frequentemente inferior a três dias), afetando geralmente a face, pescoço e/ou tórax superior, mas podendo se disseminar para braços, pernas, regiões palmares e plantares.

Sintomas digestivos, como náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso e úlceras orais podem estar presentes. Entretanto, o comprometimento do fígado e do pâncreas é raro na SRA. Cefaleia e dor ocular são as manifestações neurológicas mais comuns, mas pode ocorrer também quadro de meningite asséptica, neurite periférica sensitiva ou motora, paralisia do nervo facial ou síndrome de Guillan-Barré.

A SRA é autolimitada e a maior parte dos sinais e sintomas desaparece em três a quatro semanas. Linfadenopatia, letargia e astenia podem persistir por vários meses. A presença de manifestações clínicas mais intensas e prolongadas (superior a 14 dias) pode estar associada à progressão mais rápida da doença.

Os sinais e sintomas que caracterizam a SRA, por serem muito semelhantes aos de outras infecções virais, são habitualmente atribuídos a outra etiologia e a infecção pelo HIV comumente deixa de ser diagnosticada.

É muito importante que o médico, diante de um quadro viral agudo, considere a infecção pelo HIV entreos diagnósticos possíveis e investigue potenciais fontes de exposição ao vírus.

A sorologia para a infecção pelo HIV é geralmente negativa nessa fase, mas o diagnóstico pode ser realizado com a utilização de métodos moleculares para a detecção de RNA do HIV.

Latência clínica e fase sintomática:

Na fase de latência clínica, o exame físico costuma ser normal, exceto pela linfadenopatia, que pode persistir após a infecção aguda. A presença de linfadenopatia generalizada persistente é frequente e seu diagnóstico diferencial inclui doenças linfoproliferativas e tuberculose ganglionar.

Podem ocorrer alterações nos exames laboratoriais, sendo a plaquetopenia um achado comum, embora sem repercussão clínica na maioria dos casos. Além disso, anemia (normocrômica e normocítica) e leucopenia leves podem estar presentes.

Enquanto a contagem de linfócitos T-CD4+ (LT-CD4+) permanece acima de 350 células/mm3, os episódios infecciosos mais frequentes são geralmente bacterianos, como as infecções respiratórias ou mesmo tuberculose, incluindo a forma pulmonar cavitária. Com a progressão da infecção, apresentações atípicas das infecções, resposta tardia à antibioticoterapia e/ou reativação de infecções antigas começam a ser observadas.

À medida que a infecção progride, os sintomas constitucionais (febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna, fadiga), diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, infecções bacterianas (pneumonia, sinusite, bronquite) e lesões orais, como a leucoplasia oral pilosa, tornam-se mais frequentes, além de herpes-zoster. Nesse período, já é possível encontrar diminuição na contagem de LT-CD4+, situada entre 200 e 300 células/mm^3.

A candidíase oral é um marcador clínico precoce de imunodepressão grave, e foi associada ao subsequente desenvolvimento de pneumonia por *P. jirovecii*. Diarreia crônica e febre de origem indeterminada, bem como leucoplasia oral pilosa, também são preditores de evolução para aids.

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida:

O aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids). Entre as infecções oportunistas destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus.

As neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens. Nessas situações, a contagem de LT-CD4+ está abaixo de 200 células/mm^3, na maioria das vezes.

Além das infecções e das manifestações não infecciosas, o HIV pode causar doenças por dano direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios, tais como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias que podem estar presentes durante toda a evolução da

Infecção pelo HIV-1.

Infecção pelo HIV e inflamação:

A infecção pelo HIV desencadeia alterações inflamatórias durante todo o curso da infecção. Durante a fase aguda, ocorre uma resposta inflamatória significativa representada pelo aparecimento de diversos marcadores plasmáticos de fase aguda (por ex., alfa 1 anti-tripsina e amiloide A) e liberação de um grande número de citocinas inflamatórias comandadas pelo interferon alfa e IL1S, o que coincide com o aumento expressivo da carga viral plasmática.

Embora as células dendríticas da submucosa intestinal sejam as primeiras a produzirem grande quantidade de citocinas, com a evolução da infecção, inúmeras outras células passam a produzi-las (monócitos, macrófagos, células Natural Killer e células T), desencadeando uma resposta anti-HIV cuja eficácia costuma ser baixa em razão da ativação imune excessiva e da perda importante de LT-CD4+.

A população de LT-CD4+, predominantemente CCR5+ residente na submucosa intestinal (Gut Associated Lymphoid Tissue – GALT), é intensamente infectada e destruída, ocasionando uma "quebra de barreira imune" do GALT. Essa alteração da imunidade local facilita a disseminação de produtos bacterianos para circulação sanguínea e contribui sobremaneira para o processo de disfunção e ativação imune que caracteriza a evolução da doença.

A ativação dos linfócitos T CD8+ citotóxicos ocorre precocemente após a infecção pelo HIV e sua atividade antiviral modula a evolução da doença, correlacionando-se com redução da carga viral e lenta progressão clínica.

Embora a carga viral plasmática apresente uma redução significativa após a fase de infecção aguda, a ativação imune persiste no estágio crônico da doença. Nessa fase, notam-se níveis aumentados de citocinas pró-inflamatórias, como TNF, IL-1, IL-6, elevação da proteína C reativa, dímero D, havendo também aumento da produção e da destruição de LT-CD4+ e de linfócitos B. Além disso, há uma alteração da arquitetura

do GALT e dos linfonodos, com importante deposição de colágeno.

Ressalta-se que a ativação das células LT-CD4+ e LT-CD8+ é persistente e está associada tanto à presença do HIV quanto à de outros fatores comuns em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) (Tabela 1).

Tabela 1. Fatores associados à persistência de inflamação em PVHA

Replicação viral residual; • *Estímulo provocado pela presença de patógenos, como citomegalovírus (CMV) e outros herpes vírus;* • *Translocação de lipopolissacarídeos (LPS) através da mucosa intestinal alterada (GALT);* • *Perda de linfócitos T e outras células regulatórias;* • *Fibrose do timo e da infraestrutura linfoide.*

Os níveis de marcadores inflamatórios em PVHA são superiores aos encontrados em controles HIV negativos, mesmo quando comparados a indivíduos com carga viral suprimida pelo uso de terapia antirretroviral (TARV) ou a controladores de elite (indivíduos que mantêm carga viral < 50 cópias/mL e LT-CD4+ elevado sem o uso de TARV). Esses marcadores são ainda mais elevados em indivíduos sem tratamento antirretroviral.

O tratamento antirretroviral trouxe benefícios inequívocos para a redução da morbidade e mortalidade associada à aids, melhorando a qualidade de vida das PVHA. A partir da elevação da sobrevida observada com a TARV, evidenciou-se o surgimento de complicações crônicas não relacionadas diretamente à infecção pelo HIV, tais como doenças cardiovasculares, alterações hepáticas, renais e ósseas, além de neoplasias e perda das funções neurocognitivas.

Essas complicações, que se assemelham a processos degenerativos típicos do envelhecimento, apresentam etiologia ainda mal definida, podendo ser resultantes de processos multifatoriais, como presença de comorbidades, toxicidade relacionada à TARV e ativação inflamatória persistente.

Recentemente, a inflamação e a disfunção endotelial associada à infecção pelo HIV têm sido apontadas como fatores que contribuem para a elevação do risco de complicações cardiovasculares em PVHA.

Embora o papel dos antirretrovirais na redução da inflamação e dos eventos cardiovasculares ainda não esteja claro, a capacidade de restaurar e expandir as células LT-CD4+ é menor entre pacientes que iniciam tratamento mais tardiamente. Nesse

sentido, estima-se que o início mais precoce da TARV – e, portanto, em fases com maior capacidade de recuperação das células T – esteja inversamente relacionado ao desenvolvimento de complicações crônicas.

Abordagem inicial do adulto infectado pelo HIV:

Um dos objetivos da abordagem inicial de uma pessoa com diagnóstico de infecção pelo HIV é estabelecer uma sólida relação médico-paciente. O uso de uma linguagem acessível é fundamental para a compreensão dos aspectos essenciais da infecção, da avaliação clínico-laboratorial, da adesão e do tratamento.

História e manifestações clínicas iniciais:

Tabela 2: Roteiro para consultas iniciais de paciente com HIV	
Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	• Revisão e documentação do primeiro exame anti-HIV • Tempo provável de soropositividade • Contagem de LT-CD4+ ou carga viral anterior • Uso de antirretrovirais e eventos adversos prévios • Compreensão sobre a doença: transmissão, história natural, significado da contagem LT-CD4+ e carga viral • Impacto da terapia antirretroviral combinada (TARV) na morbimortalidade
Abordagem do risco	• Práticas sexuais • Utilização de preservativos • História de sífilis e outras DST • Uso de tabaco, álcool e outras drogas • Interesse em reduzir os danos à saúde

Conhecer e compreender as condições psicossociais que envolvem o paciente representa uma ferramenta importante para a abordagem da PVHA. Os itens listados na Tabela 2 servem para estruturar um roteiro que deve ser individualizado a partir das necessidades de cada paciente. A investigação não deve se esgotar na primeira consulta, mas precisa ser complementada e atualizada nos atendimentos subsequentes.

História médica atual e passada	• História de doença mental • História de tuberculose: prova tuberculínica e tratamento prévio • Doença oportunista prévia ou atual e necessidade de quimioprofilaxia • Outras doenças atuais e/ou pregressas • Imunizações • Uso de outros medicamentos, práticas complementares e/ou alternativas
História reprodutiva	• Desejo de ter filhos • Estado sorológico do parceiro e filho(s) • Métodos contraceptivos
História psicossocial	• Reação emocional ao diagnóstico • Análise da rede de apoio social (família, amigos, organizações não governamentais) • Nível educacional • Condições de trabalho e domicílio • Alimentação
História familiar	• Doenças cardiovasculares e hipertensão • Dislipidemias • Diabetes

Exame físico

A infecção pelo HIV tem um acometimento sistêmico; é necessário, portanto, estar atento a sinais clínicos comumente associados à doença (Figura 1). O exame físico deve incluir a aferição da pressão arterial, peso, altura, cálculo do índice de massa corpórea e medida da circunferência abdominal.

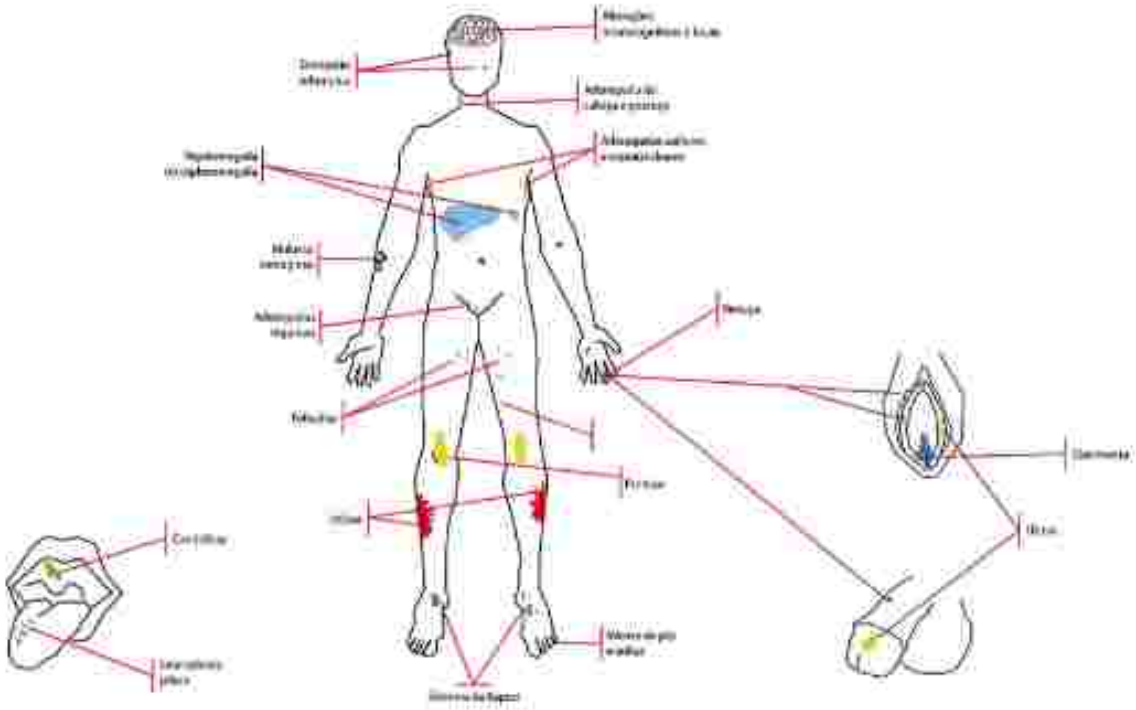


Figura 1. Sinais clínicos que podem estar relacionados à infecção pelo HIV

Exames complementares:

A abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico auxilia a avaliação da condição geral de saúde, a indicação de início de TARV e a pesquisa de comorbidades. A Tabela 3 indica os exames que devem ser solicitados na primeira consulta.

Tabela 3. Exames complementares para abordagem inicial
• Hemograma
• Contagem de LT-CD4+ e carga viral do HIV
• Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina)
• Exame parasitológico de fezes
• Testes não treponêmicos (VDRL ou RPR)
• Testes para hepatites virais (anti-HAV, anti-HCV, HBs Ag, anti-HBcT e anti-HBs para verificação de imunização)
• IgG para toxoplasma
Sorologia para HTLV I e II e Chagas (considerar triagem na rotina para indivíduos oriundos de áreas endêmicas)
• Dosagem de lipídios
• Glicemia de jejum
• Prova tuberculínica (PT)
• Radiografia de tórax

Periodicidade de consultas e seguimento laboratorial:

A periodicidade das consultas médicas deve adequar-se à fase do tratamento e às condições clínicas do paciente. Após a introdução ou alteração da TARV, recomenda-se retorno entre 7 e 15 dias com o propósito de se observar eventos adversos e dificuldades que possam comprometer a adesão; em seguida, retornos mensais até a adaptação do paciente à TARV.

Pacientes com quadro clínico estável poderão retornar para consultas em intervalos de até 6 meses; nesses casos, exames de controle também poderão ser realizados com periodicidade maior.

Ressalta-se que, nos intervalos entre as consultas médicas, a adesão deverá ser trabalhada por outros profissionais da equipe multiprofissional, quando o paciente comparecer ao serviço para retirar medicamentos, realizar exames, participar de encontro de grupos e outras consultas.A Tabela 4 indica a frequência de realização de exames complementares no seguimento dos pacientes.

Tabela 4. Exames de seguimento

Exame	Pré-TARV	Seguimento	Observação
Hemograma	Sim	**3-6 meses**	Repetir com maior frequência em pacientes sintomáticos ou em uso de medicamentos mielotóxicos
Contagem de LT-CD4+	Sim	**6 meses**	Intervalo de 6 meses para pacientes em TARV com estabilidade imunológica (LT-CD4+ > 200 em duas aferições)
Carga viral (CV)	Sim	**6 meses**	Repetir 2 a 3 meses após o início/troca de TARV para avaliação da resposta virológica
Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Ur, Na, K,	Sim	**Anual**	Intervalo de 3-6 meses em

exame básico de urina)			pacientesem TARV

Investigação de tuberculose:

A tuberculose deve ser pesquisada em todas as consultas, mediante o questionamento sobre a presença dos seguintes sintomas: tosse, febre, emagrecimento e/ou sudorese noturna. A presença de qualquer um desses sintomas pode indicar TB ativa e deve ser investigada.

A prova tuberculínica (PT) é importante para o diagnóstico da infecção latente da tuberculose (ILTB) e constitui um marcador de risco para o desenvolvimento de tuberculose ativa, devendo ser realizada em todas as pessoas vivendo com HIV e que sejam assintomáticas para tuberculose. Caso a PT seja menor que 5 mm, recomenda-se que seja repetida anualmente e também após a reconstituição imunológica com o uso da TARV. Para indicar o tratamento da infecção latente, deve-se excluir tuberculose ativa utilizando critérios clínicos, exame de escarro e radiografia de tórax.

A infecção pelo HIV eleva o risco de desenvolvimento de tuberculose ativa em indivíduos com tuberculose latente, sendo o mais importante fator de risco identificado para TB.

Uma vez que a tuberculose é a principal causa de óbito por doença infecciosa com origem definida em PVHA, a TB deve ser pesquisada em todas as consultas. O tratamento da infecção latente com isoniazidaé recomendado para todas as PVHA com PT ≥ 5 mm,

Investigação de risco cardiovascular (RCV):

Recomenda-se que a avaliação do risco cardiovascular global seja feita como rotina em toda pessoa com infecção pelo HIV, utilizando o Escore de Risco de Framingham para homens e mulheres.

Escore de risco de Framingham para avaliação de risco

Cardiovascular

Escore de Framingham revisado para homens

Idade	pontos
Anos	
30-34	-1
35-39	0
40-44	1
45-49	2
50-54	3
55-59	4
60-64	5
65-69	6
70-74	7

Diabetes	
	Pontos
Não	0
Sim	2

Tabagismo atual	
	Pontos
Não	0
Sim	2

LDL COLESTEROL	
Mg/dl	Pontos
< 100	-3
100-129	0
130-159	0
160-189	1
>=190	2

HDL COLESTEROL	
Mg/dl	Pontos
< 35	2
35-44	1
45-49	0
50-59	0
>=60	-1

Sistólica	Idade				
	< 30	30-34	35-39	40-99	>=100
< 120	0	0	1	2	3
120-129	0	0	1	2	3
130-139	1	1	1	2	3
140-159	2	2	2	2	3
>=160	3	3	3	3	3

Soma dos Pontos

Idade
LDL – colesterol
HDL – colesterol
Pressão Arterial
Diabetes
Tabagismo
Total

Total Pontos	Risco DCV 10 anos
<=-1	1%
-2	2%
-3	2%
0	3%
1	4%
2	4%
3	6%
4	7%
5	9%
6	11%
7	14%
8	18%
9	22%
10	27%
11	33%
12	40%
13	47%
>=14	>=56%

Escore de Framingham revisado para mulheres

Idade	pontos
Anos	
30-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	7
60-64	8
65-69	9
70-74	9

Diabetes	
	Pontos
Não	0
Sim	4

Tabagismo	
	Pontos
Não	0
Sim	2

LDL COLESTEROL	
Mg/dl	Pontos
< 100	-2
100-129	0
130-159	0
160-189	2
>=190	3

HDL COLESTEROL	
Mg/dl	Pontos
< 35	5
35-44	2
45-49	1
50-59	0
>=60	-3

Sistólica	Diastólica				
	<80	80-84	85-89	90-99	>=100
< 120	-3	0	0	2	3
120-129	0	0	0	2	3
130-139	0	0	0	2	3
140-159	2	2	2	2	3
>=160	3	3	3	3	3

Soma dos Pontos

Idade
LDL – colesterol
HDL – colesterol
Pressão Arterial
Diabetes
Tabagismo
Total

Total Pontos	Risco IECV 10 anos
<=-2	1%
-1	2%
0	2%
1	3%
2	4%
3	3%
4	4%
5	5%
6	6%
7	7%
8	9%
9	9%
10	11%
11	13%
12	15%
13	17%
14	20%
15	24%
16	27%
>=17	>=32%

Rastreamento de neoplasias:

Após o advento da TARV, observou-se uma redução acentuada das neoplasias relacionadas à aids e, paralelamente, um aumento da incidência das não relacionadas, principalmente pulmonar, anal, hepática e linfoma de Hodgkin. As três últimas neoplasias são sabidamente correlacionadas à presença de outros vírus e o câncer pulmonar ao tabagismo, com maior incidência nos portadores do HIV.

Diante disso, destaca-se a necessidade da adoção de medidas preventivas e rastreamento adequado para a diminuição da incidência e diagnóstico precoce de neoplasias. De maneira geral, as neoplasias em PVHA devem ser rastreadas da forma habitual. A Tabela 6 resume as principais recomendações para triagem de neoplasias frequentemente encontradas. Ainda não existe diretriz definida de rastreamento para neoplasia de pulmão; assim, os serviços devem trabalhar na perspectiva de redução do risco, com a diminuição do tabagismo.

Tabela 6. Rastreamento das neoplasias

Local	Pacientes	Procedimento	Frequência
Mama	Mulheres acima de 40 anos	Mamografia	Anual
Colo uterino	Mulheres sexualmente ativas	Papanicolau	Anual; realizar colposcopia na presença de alterações patológicas
Ânus	Relação receptiva anal, antecedente de HPV, histologia vulvar ou cervical anormal	Toque retal e Papanicolau anal	Anual; realizar anoscopia na presença de alterações patológicas
Fígado	Pacientes cirróticos e portadores de HBsAg positivos	Dosar alfa-fetoproteína e realizar ultrassom	Semestral

Imunizações:

Adultos e adolescentes que vivem com HIV podem receber todas as vacinas do calendário nacional, desde que não apresentem deficiência imunológica importante. À medida que aumenta a imunodepressão, eleva-se também o risco relacionado à administração de vacinas de agentes vivos, bem como se reduz a possibilidade de resposta imunológica consistente.Sempre que possível, deve-se adiar a administração de vacinas em pacientes sintomáticos ou com imunodeficiência grave (contagem de LT-CD4+ < 200 células/mm3), até que um grau satisfatório de reconstituição imune seja obtido com o uso de terapia antirretroviral, o que proporciona melhora na resposta vacinal e redução do risco de complicações pós-vacinais.

A administração de vacinas com vírus vivos atenuados (poliomielite oral, varicela, rubéola, febre amarela, sarampo e caxumba) em pacientes com imunodeficiência deve ser condicionada à análise individual de risco-benefício e não deve ser realizada em casos de imunodepressão grave (Tabelas 7 e 8).

Tabela 7. Parâmetros imunológicos para imunizações com vacinas de bactérias ou vírus vivos empacientes infectados pelo HIV com mais de 13 anos de idade	
Contagem de LT-CD4+ (percentual)	**Recomendação para uso de vacinas com agentes vivos atenuados**
> 350 células/mm^3 (> 20%)	Indicar o uso
200-350 células/mm^3 (15-19%)	Avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para a tomada de decisão
< 200 células/mm^3 (< 15%)	Não vacinar

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde - Recomendações para vacinação em pessoasinfectadas pelo HIV.

É importante lembrar que vacinações podem causar variações transitórias da carga viral do HIV-1. Desse modo, os exames de rotina não devem coincidir com as vacinações, devendo ser realizados com pelo menos 30 dias de intervalo destas.

Tabela 8. Esquema vacinal para pacientes maiores de 13 anos infectados pelo HIV

Vacina	Recomendação
Tríplice viral[1]	Uma ou duas doses nos suscetíveis com LT-CD+ > 200 células/mm^3
Varicela[2]	Duas doses com intervalo de três meses nos suscetíveis com LT-CD4+ > 200 células/mm^3
Febre amarela[3]	Individualizar o risco/benefício conforme a situação imunológica do paciente e a situação epidemiológica da região e, em caso de exposição, vacinar quando LT-CD4+ > 200 células/mm^3
Dupla do tipo adulto (dT)	Três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	Duas doses com intervalo de dois meses nos menores de 19 anos não vacinados
Hepatite A	Duas doses (0 e 6 meses) em indivíduos suscetíveis à hepatite A (anti-HAV negativo), portadores de hepatopatia crônica, incluindo portadores crônicos do vírus da hepatite B e/ou C
Hepatite B*	Dose dobrada recomendada pelo fabricante, administrada em quatro doses (0, 1, 2 e 6 ou 12 meses) em todos os indivíduos suscetíveis à hepatite B (anti-HBc negativo, anti-HBs negativo)*
Streptococcus pneumoniae (23-valente)	Uma dose para indivíduos com contagem de LT-CD4+ > 200 células/mm^3. Apenas um reforço após cinco anos
Influenza	Uma dose anual da vacina inativada contra o vírus influenza

*A imunogenicidade e eficácia da vacina contra hepatite B são inferiores em pacientes imunodeprimidos em relação aos imunocompetentes. Doses maiores e número aumentado de doses são necessários à indução de anticorpos em níveis protetores. Por esse motivo, são recomendadas quatro doses de vacina contra hepatite B, com o dobro da dose habitual.

AVALIAÇÃO NEUROPSIQUIÁTRICA

Alterações neurocognitivas associadas ao HIV

A introdução da TARV diminuiu a incidência da maioria das doenças neurológicas oportunistas em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1). Entretanto, as alterações neurocognitivas associadas ao HIV (*HAND - HIV-associated neurocognitive disorders*) atualmente são mais prevalentes e constituem uma verdadeira "epidemia oculta".

A classificação das *HAND* é recente e depende basicamente de duas variáveis: avaliação neuropsicológica e avaliação do impacto da doença nas atividades da vida diária (Tabela 9).

Tabela 9: Classificação das *HAND*

Alteração neurocognitiva assintomática (*ANI, asymptomatic neurocognitive impairment*)	Alteração de ≥ 2 domínios cognitivos na avaliação neuropsicológica, sem comprometimento funcional nas atividades da vida diária.
Desordem neurocognitiva leve/moderada (*MND, mild neurocognitive disorder*)	Alteração de ≥ 2 domínios cognitivos na avaliação neuropsicológica, com comprometimento funcional leve a moderado, nas atividades da vida diária.
Demência associada ao HIV (*HAD, HIV-associated dementia*)	Alterações graves de ≥ 2 domínios cognitivos, com comprometimento severo nas atividades da vida diária.

O perfil das manifestações neurocognitivas mudou drasticamente, caracterizando-se por uma incidência reduzida de HAD e aumento de MND e ANI. Atualmente, estimam-se prevalências de 15%-30% para ANI, 20%-50% para MND e 2%-8% para HAD. O cenário imunológico também se tornou mais complexo, já que todas as categorias da HAND podem ser observadas com níveis moderados ou inclusive muito discretos de imunodepressão.

É importante ressaltar os principais fatores de risco associados às HAND:

- Nadir de LT-CD4+ < 350 células/mm3 ou LT-D4+ atual < 350 células/mm3;
- Idade > 50 anos;
- Coinfecção pelo vírus da hepatite C;
- Diabetes ou resistência à insulina;
- Doença cardiovascular; e
- Nível de escolaridade baixo.

História natural das alterações neurocognitivas:

As manifestações são caracterizadas por uma evolução progressiva, variáveis de poucos meses a anos, das esferas cognitiva, comportamental e motora, características das demências subcorticais. Nas fases iniciais, os sintomas são leves, incluindo déficit de memória, lentidão no processamento mental, perda da capacidade de concentração, apatia e perda de interesse no trabalho e nos hobbies. Nos quadros leves e moderados, os sintomas são mais discretos, e podem permanecer estáveis ou lentamente progressivos durante anos. Com a evolução da doença, os déficits tornam-se mais graves e há maior comprometimento da realização das tarefas da vida diária.

Distúrbios da marcha, tremor e perda da habilidade motora fina são comuns, geralmente acompanhando os sintomas psiquiátricos. Em estágio avançado da doença, o paciente é incapaz de realizar atividades simples de forma independente e apresenta intensa dificuldade motora, frequentemente acompanhada de mielopatia e neuropatia periférica.

Impacto da TARV na história natural das alterações neurocognitivas:

A TARV mudou o curso da história natural das HAND, estabilizando ou melhorando a maioria dos casos mais graves. Por outro lado, as categorias se tornaram dinâmicas e bidirecionais e vários padrões evolutivos podem ser identificados. O início oportuno da TARV constitui a melhor estratégia preventiva, evitando-se o baixo nadir de LT- CD4+, considerado o principal fator de risco associado às HAND.

Abordagem diagnóstica – Triagem:

Recomenda-se que as seguintes esferas cognitivas sejam rastreadas no momento do diagnóstico da infecção pelo HIV, antes do início da TARV; depois,

anualmente (em pacientes com fatores de risco para HAND, a triagem pode ser realizada a intervalos de 6 meses):

Memória ("você tem perda de memória frequente? Esquece-se de eventos especiais ou reuniões, inclusive aquelas mais recentes?");

Lentificação psicomotora ("você sente que está mais lento quando pensa, planeja atividades ou resolve problemas?"); e/ou

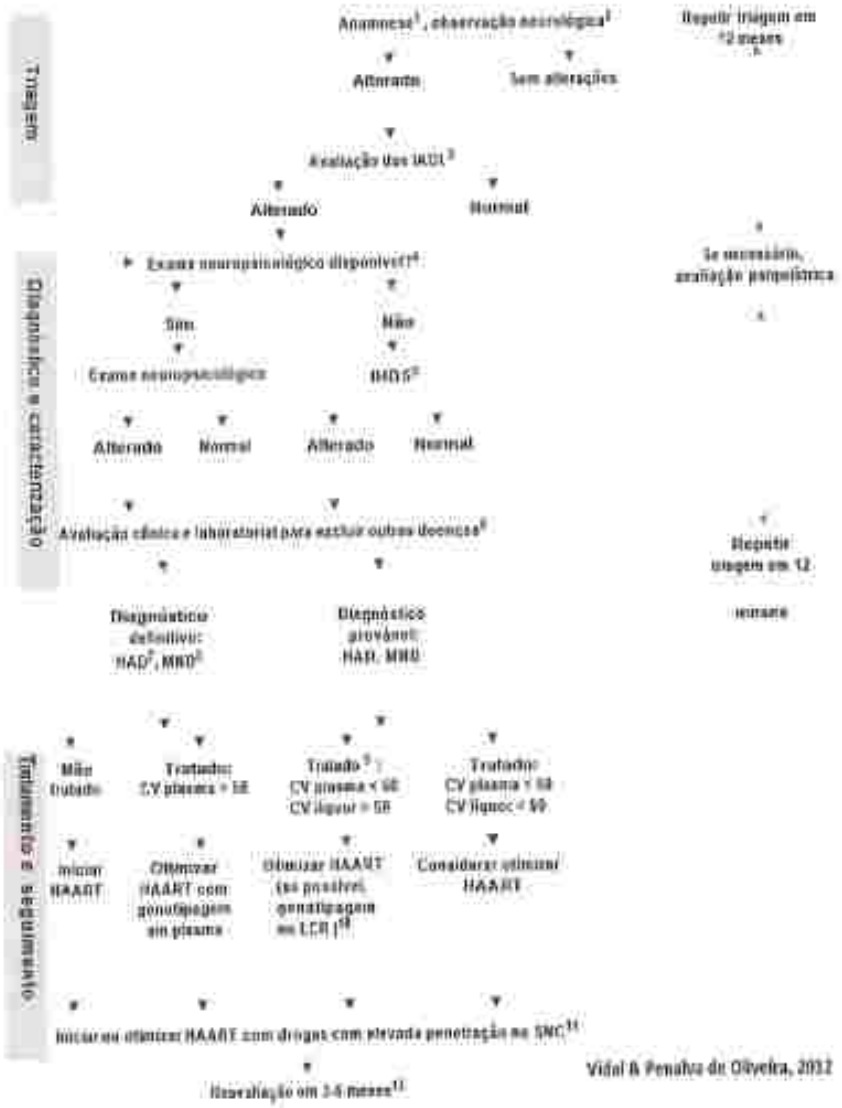
Atenção ("você tem dificuldades para prestar atenção, por ex., ao conversar, ler um jornal ou assistir a um filme?").

A triagem também deve ser realizada caso exista evidência de deterioração clínica. Caso haja pelo menos uma resposta consistentemente afirmativa, recomenda-se continuar com a aplicação de um questionário que avalie o desempenho nas atividades cotidianas, conhecidas como atividades instrumentais da vida diária (IADL, instrumental activities of daily living) (Tabela 1). Se essa ferramenta indica alteração (classificação como dependência parcial ou total), recomenda-se uma avaliação neuropsicológica formal.

É importante lembrar que a avaliação do Mini-Exame do Estado Mental, classicamente utilizado como ferramenta de triagem para demências corticais do tipo Alzheimer, é habitualmente normal em pacientes com alteração neurocognitiva. A escala internacional para HAD (*IHDS, International HIV Dementia Scale*) é uma ferramenta desenhada para a triagem, que pode ser aplicada em poucos minutos, não sofre influência da escolaridade e foi validada transculturalmente. Tem sensibilidade (~80%) e especificidade (~57%) razoáveis, com nota de corte ≤10 para o diagnóstico de HAD.

No algoritmo proposto (Figura 2), inclui-se a IHDS como instrumento para identificar casos prováveis de HAD e MND, em contextos de impossibilidade de avaliação neuropsicológica formal. Nesse cenário, sugere-se utilizar a nota de corte ≤ 11, adaptando os resultados de estudo recente, o qual identificou que esse valor apresenta boa sensibilidade (~74%) e moderada especificidade (50%) na triagem de pacientes com todas as formas de HAND.

Figura 2. Algoritmo diagnóstico e terapêutico das formas sintomáticas (MND e HAD) das alteraçõesneurocognitivas associadas ao HIV.



Diagnóstico confirmatório – Avaliação Neuropsicológica:

A única maneira de confirmar o diagnóstico e classificar as HAND é por meio de uma avaliação neuropsicológica formal, que deve ser realizada por profissionais treinados, e dura aproximadamente 2 horas. Entretanto, estudos iniciais sugerem o uso potencial de baterias simplificadas, de cerca de 15-20 minutos, à fim de ampliar o acesso dessa ferramenta na prática clínica diária.

Exclusão dos potencias fatores de confusão:

Os pacientes com infecção pelo HIV apresentam uma alta prevalência de condições ou comorbidades independentemente associadas às alterações neurocognitivas, as quais podem contribuir ou explicar completamente o déficit cognitivo e confundir o diagnóstico de HAND. Portanto, é fundamental avaliar a presença de doenças psiquiátricas graves, abuso de medicamentos psicotrópicos e álcool, sequelas de doenças neurológicas oportunistas ou outras doenças neurológicas (por ex., doença cerebrovascular, traumatismo crânio-encefálico), doenças infecciosas oportunistas ou outras doenças neurológicas atuais (por ex., encefalopatias metabólicas). A avaliação laboratorial de todo paciente com suspeita de HAND deve incluir: dosagem de vitamina B12, ácido fólico, TSH, T4 livre, VDRL, perfis bioquímico (função renal, hepática e glicemia) e hematológico completos.

Exames de imagens e liquor:

É importante lembrar que nenhum achado radiológico ou liquórico confirma o diagnóstico de HAND. O achado radiológico mais frequente é a redução do volume encefálico cortical e subcortical e/ou hipodensidades na substância branca subcortical e hipodensidades na tomografia computadorizada ou hipersinal em T2 e FLAIR na ressonância magnética. Contudo, as imagens podem ser completamente normais, principalmente nas formas assintomáticas ou leves e moderadas. As imagens e o líquor podem ser úteis para excluir outras doenças neurológicas (por ex., infecções oportunistas). Adicionalmente, quando indicados e disponíveis, o líquor permite avaliar marcadores virológicos (por ex., carga viral do HIV e genotipagem), mais importantes nas decisões terapêuticas do que no diagnóstico das HAND.

TRATAMENTO

Intervenções farmacológicas:

A estratégia central do tratamento das HAND, embora ainda seja controverso o seu real benefício clínico, fundamenta-se no conceito do escore da efetividade de penetração dos antirretrovirais no sistema nervoso central (SNC) (CPE, CNS penetration effectiveness), o qual estima a efetividade combinada dos antirretrovirais no SNC. Este modelo foi inicialmente proposto por Letendre e colaboradores em 2008 e atualizado em 2010 (Tabela 10).

Tabela 10. Escore da efetividade de penetração dos antirretrovirais no sistema nervoso central(escore CPE). Adaptado de: Letendre et al., 2011.				
	4 (Melhor penetração)	**3**	**2**	**1 (Pior penetração)**
ITRN	Zidovudina	Abacavir	Didanosina Lamivudina	Tenofovir
ITRNN	Nevirapina	Efavirenz	Etravirina	
IP		Darunavir/r Fosamprenavir/r Indinavir Lopinavir/r	Atazanavir Atazanavir/r Tipranavir/r	Nelfinavir Ritonavir Saquinavir Saquinavir/r Tipranavir

Esse escore é baseado nas propriedades químicas dos medicamentos que influenciam sua penetração pela barreira hemato- encefálica (por ex., baixa ligação proteica, baixo peso molecular, maior solubilidade lipídica), dados farmacocinéticos (principalmente concentrações no liquor comparadas com concentrações inibitórias para o HIV do tipo selvagem), e, quando disponíveis, dados farmacodinâmicos (impacto na carga viral liquórica e performance neurocognitiva, resultante de estudos clínicos).

O escore CPE tem demonstrado correlação com a diminuição da carga viral liquórica do HIV e melhora cognitiva na maioria de estudos, mas não em todos. Contudo, a magnitude do benefício é variável e não completamente definido. Não existem estudos clínicos randomizados que avaliem o tratamento de pacientes com HAD ou MND.

Entretanto, considerando a informação atualmente disponível, sugerimos estruturar esquemas com CPE ≥ 8. Adicionalmente, a composição do esquema deveria contemplar pelo menos 2 medicamentos com elevada penetração no SNC (escores 3 ou 4), incluindo preferencialmente um IP/r em terapia antirretroviral.

Além dos aspectos terapêuticos citados, para pacientes com HAND sintomática, lembrar a importância do início oportuno da TARV em pacientes sem HAND como potencial estratégia preventiva. Neste último cenário, não existem evidência que demonstrem o benefício de estruturar esquemas com medicamentos com elevada penetração no SNC.

Também não existem evidências que justifiquem o uso de nenhum tratamento adjuvante à terapia antirretroviral para o tratamento das HAND.

Intervenções não farmacológicas:

Incluem condutas ativas e eficazes sobre as comorbidades associadas (hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, hepatite C, ansiedade e depressão) e sobre os fatores associados ao estilo de vida (dieta, atividades física, tabagismo, consumo de álcool, uso de drogas ilícitas). Essas intervenções também podem minimizar ou evitar a aparição de HAND. Para os casos sintomáticos, se disponível, a reabilitação cognitiva apresenta benefícios promissórios.

1.Tem como objetivo questionar ativamente a presença de alterações de memória ("Você tem perda de memória frequente? Esquece-se de eventos especiais ou reuniões, inclusive aquelas mais recentes?"), lentificação psicomotora ("Você sente que está mais lento quando pensa, planeja atividades ou resolve problemas?") e atenção ("Você tem dificuldades para prestar atenção, por ex., ao conversar, ler um jornal ou assistir a um filme?). As perguntas devem ser formuladas na primeira consulta, antes do início ou troca da TARV e depois, anualmente.

2. Observar possíveis alterações de atenção, concentração, coerência e adequação. Lembrar que o exame neurológico inicia-se com facies, atitude e marcha.

3. A aplicação da Escala Instrumental para Atividades da Vida Diária (IADL, Instrumental Activities of Daily Living) avalia o impacto funcional da alteração neurocognitiva. Pacientes com alterações neurocognitivas evidentes podem ser encaminhados diretamente para avaliação neuropsicológica (NP) formal.

4. A avaliação NP deve ser direcionada para alterações neurocognitvas do tipo subcortical.

5. Na impossibilidade de avaliação NP formal, a pontuação ≤ 11 da International HIV Dementia Scale (IHDS) pode sugerir HAD ou MND (ver Figura 1).

6. Exclusão de condições ou comorbidades que podem confundir o diagnóstico das HAND. Solicitar exames auxiliares (TSH, T4L, dosagem de vitamina B12 e ácido fólico, VDRL) e imagens (RM ou, alternativamente, TC). Líquor, para excluir doenças oportunistas, segundo o caso e, se disponível, carga viral do HIV. Avaliação psiquiátrica, se indicado.

7. HAD: HIV-associated dementia.

8. MND: mild neurocognitive disorder.

9.Se a carga viral liquórica e/ou genotipagem liquórica não estiverem disponíveis, considerar otimizar a TARV sem esse(s) teste(s).

11. Utilizar pelo menos 2 medicamentos com elevada penetração no SNC (escores 3 ou 4) (ver Tabela 2), visando esquema com CPE ≥ 8, incluindo preferecialmente um IP/r. Em pacientes com carga viral plasmática < 50 cópias/mL, a otimização da TARV deve garantir a manutenção do sucesso virológico sistêmico.

12. Reavaliar, utilizando as três perguntas e bateria NP formal (se foi realizada inicialmente) ou IHDS.

Transtornos psiquiátricos em pessoas vivendo com HIV/aids:

As psicopatologias associadas à infecção pelo HIV vêm despertando interesse entre os profissionais da saúde. Sabe- se que o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos é mais frequente em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) do que na população geral. Estudos epidemiológicos mostram que as prevalências de transtornos psiquiátricos em PVHA podem chegar a 30%.

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos estão os efeitos diretos do vírus, as manifestações oportunistas que acometem o sistema nervoso central, a cronicidade e a gravidade da doença, os efeitos anatômicos causados pelo tratamento (como a lipodistrofia) e limitações sociais e afetivas (como a dificuldade em se manter nas atividades profissionais, nos relacionamentos sexuais, na decisão de ter ou não filhos, e outras).

Os transtornos psiquiátricos em PVHA podem acarretar prejuízos na adesão ao tratamento antirretroviral e aumento do risco de transmissão da doença.

> Estudos mostram que indivíduos com depressão, ansiedade generalizada e pânico apresentam quase três vezes mais chance de não aderirem ao tratamento do que aqueles que apresentam outros transtornos psiquiátricos. Um estudo realizado no Brasil mostrou que, entre os pacientes com má adesão, 35,8% tinham diagnóstico de ansiedade e 21,8% de depressão.

Depressão em pessoas infectadas pelo HIV:

A depressão é o diagnóstico psiquiátrico mais frequente em pacientes infectados ou que apresentam aids. As PVHA têm o dobro do risco de desenvolver depressão do que os não infectados. Estima-se que até 50% das PVHA têm ou terão ao menos 1 episódio significativo de depressão ao longo da vida. Os sintomas mais comuns são: tristeza, desânimo, fadiga, dificuldade de concentração, prejuízos de memória, apatia e diminuição da libido. A intensidade dos sintomas é muito variável e depende da personalidade pré-mórbida e da capacidade do indivíduo de lidar com o estresse.

O diagnóstico de depressão em pacientes infectados pode ser dificultado pelo fato de que alguns dos indicadores de depressão (anorexia, fadiga, fraqueza e perda de peso) podem ser mimetizados por sintomas físicos, principalmente em fases avançadas da doença. Portanto, a avaliação dos sintomas de depressão deve ser cuidadosa e atenta ao estágio da doença. Sensação de fracasso, perda de interesse ou prazer pelas coisas/atividades, sensação de estar sendo punido, ideação suicida e episódios de choro muito frequentes ajudam a discriminar os sintomas da depressão em relação aos sintomas de outras patologias decorrentes da aids.

Ao avaliar sintomas depressivos em PVHA é importante diferenciar se o episódio depressivo:

1) é secundário à doença clínica ou ao uso de medicamentos, ou seja, consequência direta de uma doença orgânica ou do uso de alguma substância com ação no sistema nervoso central;

2) é significativo e primário, desencadeado pelo adoecimento e/ou suas consequências;

3) é uma reação de ajuste com sintomas depressivos reativos à situação de estresse provocada pela própria doença.

Vale ressaltar que, ao fazer um diagnóstico de depressão, o profissional deverá se certificar de que os sintomas supracitados não são decorrentes de uma alteração orgânica ou medicamentosa, pois sabe-se que alguns antirretrovirais (ARV) podem afetar o humor, causar náuseas, diarreia, cefaleia ou alterações neurológicas e podem estar associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos, especialmente o efavirenz e AZT. A Tabria 11 mostra efeitos dos antirretrovirais que podem ser confundidos com sintomas de depressão.

Tabela 11: Antiretrovirais e seus efeitos colaterais que podem ser confundidos com sintomas de depressão

Antirretroviral	Efeito colateral
Abacavir	Perda de peso*
Amprenavir	
Didanosina	
Estavudina	
Fosamprenavir	
Indinavir	
Nevirapina	
Tenofovir	
Saquinavir	
Efavirenz	Perda de peso* Fadiga Insônia ou sonolência Dificuldade de concentração Alterações de humor Alteração no sono
Delavirdina	Perda de peso* Fadiga
Lamivudina	
Ritonavir	
Zidovudina	
Zidovudina/lamivudina	
Atazanavir	Efeito colateral desconhecido
Darunavir	
Enfuvirtida	
Lopinavir/ritonavir	
Raltegravir	

* A perda de peso pode ocorrer devido aos efeitos colaterais: vômito, diarreia e falta de apetite.

A detecção e o tratamento adequado da depressão podem alterar o prognóstico do paciente. Um paciente deprimido tende a não aderir ao tratamento, não tomar as medicações prescritas e não acatar as orientações médicas.

A depressão afeta tanto a adesão quanto a resposta ao tratamento. Pacientes deprimidos apresentam diminuição de células CD4 e CD8, além de aderirem menos ao tratamento, ocasionando uma progressão da doença e aumento da mortalidade por aids. A depressão e o estresse aumentam o nível de cortisol, que, em PVHA, tem sido associado à diminuição das células CD4 e CD8 e aumento da carga viral.

Além disso, pacientes com transtornos psiquiátricos como depressão, ansiedade e uso de substâncias psicoativas apresentam mais alterações

neuroendócrinas e prejuízos neurocognitivos do que as PVHA sem transtornos psiquiátricos.

Pacientes com diagnóstico de depressão apresentam mais doenças neurodegenerativas como Alzheimer, Parkinson, Huntington e esclerose múltipla; doenças clínicas como problemas cardiovasculares e obstrução pulmonar; e doenças inflamatórias, como reumatismo, artrite, psoríase e lúpus.

A depressão em PVHA também influencia na diminuição da vasopressina e imunorreatividade da ocitocina em neurônios do hipotálamo, afetando a sinalização hormonal hipotalâmica da tireoide. O aumento da produção de vasopressina aumenta o risco de suicídio em pessoas com depressão.

Além disso, os profissionais de saúde também devem trabalhar com controle de danos associados ao uso de álcool e drogas. Disponibilizar agulhas e seringas para usuários de drogas injetáveis diminui o risco de transmissão e reinfecção pelo HIV e outras doenças. Orientar os pacientes usuários de crack a não compartilhar cachimbos diminui o risco de transmissão e contaminação pelas hepatites B e C. Incentivar e disponibilizar o uso de preservativo diminui o risco da prática de sexo sem preservativo sob o uso de álcool e outras drogas, muito comum nessa população. A adoção dessas práticas pelos profissionais de saúde contribui para a redução do risco de transmissão e reinfecção da doença em PVHA que usam álcool e outras drogas.

PREPARAÇÃO DO PACIENTE PARA O TRATAMENTO – ADESÃO

Definição e avaliação da adesão:

A adesão a um medicamento envolve sua tomada na dose e frequência prescritas. Por outro lado, além do uso correto de medicamentos a adesão ao tratamento, compreendida de modo integral, envolve também a realização de exames e consultas conforme solicitados. É importante, assim, que se considerem os seguintes fatores na abordagem de adesão:

- Comparecimento ás consultas agendadas com a equipe multidisciplinar;
- Realização de exames de seguimento em tempo oportuno;
- Retirada dos medicamentos na data prevista;
- Tomar doses do medicamento em quantidade e horários corretos;
- Não encerrar o medicamento antes do tempo indicado;
- Não ajustar a dose por conta própria.

Ressalta-se que a má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica. Ainda que não tenha sido estabelecida uma relação direta entre níveis de adesão e eficácia dos diferentes antirretrovirais, de maneira geral, a maioria dos estudos aponta como necessária a tomada de pelo menos 80% das doses para que se obtenha resposta terapêutica adequada.

Um dos métodos mais utilizados para estimar a adesão ao tratamento na prática clínica é o autorrelato do paciente. Embora essa abordagem tenda a superestimar a adesão, sugere-se a sua utilização de maneira rotineira pelos integrantes da equipe de saúde que prestam o atendimento ao paciente.

Algumas perguntas que podem ser utilizadas na abordagem da adesão:

- Quantas vezes você perdeu doses de medicação nas últimas quatro semanas:
- todos os dias,
- mais que uma vez por semana,
- uma vez por semana,
- uma vez a cada duas semanas ou nunca?

- Você perdeu mais de uma dose em sequência?

Fatores associados à adesão:

A adesão é um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, e que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe de saúde e a rede social.

É muito importante que o paciente conheça as caraterísticas da doença e entenda claramente o objetivo da terapia antirretroviral e participe da decisão de iniciá-la, compreendendo a importância da tomada continuada e correta do medicamento, a fim de atingir uma adequada supressão da replicação virológica. Ainda, é essencial que o paciente tenha conhecimentos básicos sobre a doença, as formas de transmissão, o significado e a utilidade dos exames laboratoriais (como a contagem de linfócitos T-CD4 e a carga viral) e os possíveis efeitos adversos em curto e longo prazo relacionados à TARV. Tendo acesso às informações e promovendo a própria autonomia, o paciente se fortalece para enfrentar as adversidades trazidas pela doença e seu tratamento.

A avaliação médica e psicossocial do paciente permite identificar os modos de enfrentamento, as dificuldades de aceitação e de viver com o diagnóstico positivo para HIV. A equipe de saúde deve levar em consideração esses aspectos na elaboração do plano terapêutico. Ainda, alguns fatores podem facilitar ou dificultar a adesão (Tabelas 12 e 13):

Tabela 12: Fatores que facilitam a adesão
• Esquemas terapêuticos simplificados, como doses fixas combinadas, que permitem o uso de diferentes medicamentos em um mesmo comprimido • Conhecimento e compreensão sobre a enfermidade e o tratamento • Acolhimento e escuta ativa do paciente pela equipe multidisciplinar • Vínculo com os profissionais de saúde, equipe e o serviço de saúde • Capacitação adequada da equipe multidisciplinar • Acesso facilitado aos ARV por meio do funcionamento e localização adequada da UDM • Parceria com Organizações da Sociedade Civil (OSC) • Apoio social

Tabela 13: Fatores que dificultam a adesão (esquema, serviço e paciente)
• Complexidade do regime terapêutico (diferentes drogas, quantidade de doses) • Precariedade ou ausência de suporte social • Baixa escolaridade • Não aceitação da soropositividade • Presença de transtornos mentais, como ansiedade e depressão • Efeitos colaterais do medicamento • Relação insatisfatória do usuário com o profissional de saúde e serviços prestados • Crenças negativas e informações inadequadas referentes ao tratamento e à doença • Dificuldade de adequação à rotina diária do tratamento • Abuso de álcool e outras drogas • Falta de recursos humanos na equipe • Dificuldade de transporte do paciente • Falta de material educativo • Medo de sofrer com a discriminação • Dificuldade de acesso ao serviço e aos medicamentos • Faixa etária do paciente (criança, adolescente e idoso) • Estigma relacionado à maternidade/paternidade para PVHA • Exclusão social

Ações estratégicas de adesão (Tabela 14):

As atividades dos serviços de saúde devem ser organizadas de forma a facilitar a adesão dos usuários não só ao tratamento, mas ao próprio serviço, oferecendo alternativas de atendimento diversificadas e estabelecendo fluxo diferenciado para pessoas com maiores dificuldades. Para tanto, alguns fatores merecem especial atenção: flexibilidade de

horário, atenção diferenciada para os diversos grupos populacionais e garantia de cuidado multidisciplinar.

Tabela 14: Ações estratégicas de adesão (monitoramento e otimização)
• Atendimento individual com foco na adesão • Interconsulta ou consulta conjunta de profissionais • Tratamento diretamente observado (convencional ou modificado) • Realização de grupos terapêuticos, operativos, temáticos e de convivência • Realização de atividades em sala de espera • Estimular o uso de dispositivos e técnicas para adesão (porta-pílula, diários, alarmes, tabelas e mapas de doses, materiais educativos) • Dose individualizada com identificação no rótulo sobre a tomada (horário e interação com alimentos) por meio de figuras ilustrativas para os usuários com maior dificuldade de entendimento • Autorregistro da adesão (relatório ou questionários) • Utilização do SICLOM para monitoramento de retirada do medicamento • Utilização da abordagem consentida para busca de faltosos e abandono de tratamento

Três momentos da terapia antirretroviral merecem especial atenção e cuidado da equipe multidisciplinar na abordagem do paciente: início da terapia; mudança de esquema terapêutico; e retorno de abandono. Em cada um desses momentos, é recomendado que todos os usuários, mesmo aqueles que entendem e aceitam o tratamento e que são pacientes já aderentes à terapia e conhecedores de sua condição e da doença, passem por consultas individuais com profissionais da equipe, conforme a identificação de suas necessidades, emergentes em cada momento.

Ressalta-se também a necessidade de se observar as condições e realidades de cada paciente para desenhar juntamente com ele e a equipe multidisciplinar um Planejamento Terapêutico adequado à sua rotina, vivência, cultura, religião, hábitos sociais. Nesse contexto, faz-se necessário observar também se o esquema prescrito contempla a realidade do usuário (ex: pensar na troca de esquema terapêutico para moradores de rua, em relação aos ARV que necessitam de armazenamento em geladeira).

Recomenda-se que a equipe multidisciplinar realize reuniões periódicas para encaminhamentos, discussão de casos clínicos, visitas médicas a pacientes internados, atendimentos ambulatoriais multidisciplinares, a fim de harmonizar opiniões sobre o tratamento mais adequado para o usuário.

O abandono da TARV pode ocorrer em paralelo ao abandono do acompanhamento clínico, incluindo o comparecimento às consultas, a realização de exames e qualquer outra ação relacionada ao autocuidado.

Cabe à equipe de saúde identificar dificuldades na tomada dos medicamentos que podem futuramente acarretar abandono de tratamento, bem como prestar orientações específicas e adotar medidas profiláticas e terapêuticas quanto ao manejo de efeitos adversos e toxicidades, dependência química e depressão.

Nessa perspectiva, a abordagem consentida coloca-se como uma estratégia de intervenção, que deve ser discutida e organizada com a participação de todos os membros da equipe de saúde, observando os princípios éticos e legais da ação.

Para cuidadores, tanto de crianças e adolescentes quanto de idosos, é importante que, além do cuidador, o usuário esteja presente às consultas, para entender a doença e sua condição e auxiliar no processo de evolução da terapia e na adesão ao tratamento.

Para adolescentes, podem ser realizadas consultas reservadas sem a presença dos pais, promovendo um ambiente favorável à abertura do diálogo entre a equipe e o adolescente.

O abuso de álcool e outras drogas pode prejudicar a adesão. No entanto, os usuários dessas substâncias, se devidamente orientados na perspectiva da redução de danos, podem incorporar o tratamento em seu cotidiano e melhorar sua qualidade de vida.

Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região têm seus problemas específicos, diferenças no modo de viver, adoecer e ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida.

O suporte social pode ser disponibilizado por familiares, amigos, pessoas de grupo religioso ou integrantes de instituições, profissionais de serviços de saúde e pessoas de organizações da sociedade civil (OSC).

Uma estratégia que tem se mostrado muito eficiente na adesão ao tratamento da aids, além das consultas individuais com profissionais da equipe, é a interação por meio de atividades coletivas em grupos.

A abordagem da adesão em grupos é uma prática em saúde que se fundamenta no trabalho coletivo, na interação e no diálogo. Tem caráter informativo, reflexivo e de suporte. Sua finalidade é identificar dificuldades, discutir possibilidades e encontrar soluções adequadas para problemas individuais e/ou coletivos, que estejam dificultando a adesão ao tratamento.

Habitualmente são grupos abertos e conduzidos por profissionais da própria equipe, nos quais o tema adesão ao tratamento é abordado, assim como nutrição e atividades físicas, além de outros temas de interesse. Essa estratégia é uma ação de fácil execução podendo ser realizada em vários ambientes, inclusive ao ar livre.

Promover adesão ao tratamento não traduz apenas uma abordagem medicamentosa, mas deve também consolidar distintas dimensões, como: o protagonismo das PVHA, a mobilização social como forma de enfrentar preconceitos e discriminações, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação e insumos de prevenção, qualidade na assistência, acompanhamento clínico-laboratorial, adequação do tratamento às necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso de terapia antirretroviral.

O que esperar nos primeiros meses de TARV:

Os seis primeiros meses do início da TARV são especialmente importantes. A melhora clínica e imunológica, assim como a supressão viral são esperados nos indivíduos aderentes à TARV. Entretanto, podem ocorrer infecções oportunistas e/ou a Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (SIR), bem como desenvolvimento precoce de reação às drogas, como hipersensibilidade, especialmente nos primeiros três meses de tratamento.

Ainda que a TARV signifique diminuição importante na mortalidade, os níveis de mortalidade são maiores nos primeiros três meses de tratamento, principalmente em pacientes que iniciam o tratamento com doença avançada e severa imunodeficiência, na presença de coinfecções e/ou comorbidades, baixos índices de hemoglobina, baixo IMC, desnutrição ou níveis muito baixos de linfócitos T-CD4+.

Síndrome inflamatória de reconstituição imune (SIR):

A reconstituição imune é uma das metas da terapia antirretroviral (TARV). Em algumas situações, observa-se um quadro clínico de caráter inflamatório exacerbado, chamado de Síndrome Inflamatória associada à Reconstituição Imune (SIR) associado ao início da TARV.

Essa síndrome se manifesta como piora "paradoxal" de doenças infecciosas preexistentes, geralmente autolimitadas, mas que podem assumir formas graves. São descritas reações inflamatórias relacionadas a infecções fúngicas, virais e bacterianas, neoplasias e fenômenos autoimunes.

A SIR pode se apresentar como agravamento de uma doença já diagnosticada, como no caso da tuberculose, tradicionalmente cursando com aumento de linfonodos, bem como o aparecimento de uma doença não diagnosticada previamente, exacerbando uma doença subclínica preexistente.

O início da TARV em pacientes com baixas contagens de LT-CD4+ é um fator preditor para ocorrência de SIR, especialmente havendo história pregressa ou atual de coinfecções ou de infecções oportunistas. A prevenção das complicações associadas com SIR envolve identificação e manejo precoce.

O diagnóstico de SIR é clínico e deve ser considerado quando sinais ou sintomas inflamatórios ocorrem entre 4 a 8 semanas após o início da TARV, na reintrodução de um esquema interrompido ou na modificação para um esquema mais eficaz após a falha terapêutica. Observa-se, em geral, aumento na contagem de LT-CD4+ e redução na carga viral, demonstrando a efetividade do tratamento.
No diagnóstico diferencial, deve ser excluída falha da TARV por má adesão ou resistência viral, falha ao tratamento da coinfecção ou da manifestação oportunista, interações medicamentosas e eventos adversos associados à TARV.

Uma vez que não existem critérios bem estabelecidos para o diagnóstico de SIR, normalmente é necessária uma combinação de achados para orientar a suspeita clínica (Tabela 15).

Tabela 15: Achados para orientar a suspeita clínica de SIR

1. Piora de doença reconhecida ou surgimento de nova manifestação após início da TARV.
2. Presença de imunodepressão grave (contagem de LT-CD4+ < 100) antes do início ou modificação doesquema.
3. Relação temporal entre o início da TARV e o aparecimento das manifestações inflamatórias (dentro de 4 a 8semanas do início da TARV).
4. Presença de resposta imune, virológica ou ambas após início da TARV.
5. Exclusão de falha terapêutica, reação adversa ou superinfecção.

A Tabela 16 resume as principais apresentações de SIR conforme as infecções oportunistas.

Tabela 16. Apresentação da SIR conforme as infecções oportunistas	
Tuberculose	Agravamento dos sintomas pulmonares ou das imagens radiológicas, além de aumento nos linfonodos ou sintomas meníngeos. Alterações hepáticas, difíceis de diferenciar da hepatotoxicidadeinduzida pelos medicamentos.
Complexo Mycobacterium avium (MAC)	Linfoadenite localizada, doença pulmonar ou inflamação sistêmica.
Cryptococcus	Agravamento dos sintomas de meningite.
Citomegalovírus (CMV)	Surgimento ou agravamento de retinite, vitreíte ou uveíte. A retinite ocorre na maioria das vezes no local das inflamaçõesanteriores. SIR devida ao CMV ocular pode levar a rápida e permanente perdade visão. O tempo médio para vitreíte por SIR é de 20 semanas após o início da TARV.
Hepatite B ou C	Elevações transitórias das transaminases, difíceis de distinguir dahepatite induzida por medicamentos.
Leucoencefalopatia multifocal progressiva(LEMP)	Lesões de LEMP podem aparecer com agravamento ou novosdéficits neurológicos focais.
Sarcoma de Kaposi	Agravamento da doença.
Doenças autoimunes	Exacerbaçã o de doença s autoimune s Preexistent e sarcoidose .
Vírus herpes simples (VHS) e vírus varicela-zoster (VVZ)	Pode haver reativação de VHS e VVZ após o início da TARV.
Complicações dermatológicas inespecíficas	Aparecimento ou piora das manifestações dermatológicas, taiscomo foliculites, verrugas orais e genitais.

Na suspeita de SIR, deve-se priorizar diagnóstico e tratamento da doença oportunista, na maior parte dos casos, sua resolução é espontânea, envolvendo tratamento sintomático, tais como anti-inflamatórios não hormonais. Ressalta-se que a TARV não deverá ser interrompida, exceto em casos graves.

A terapia com corticosteroides suprimindo a resposta inflamatória deve ser utilizada nos casos graves. Pode ser necessário o uso de prednisona 1-2 mg/kg, ou equivalente, durante 1 a 2 semanas, com posterior retirada gradual. Devem-se considerar riscos e benefícios dessa terapia.

Recuperação do CD4:

Na maioria dos indivíduos, o início da TARV é acompanhado por elevação da contagem de linfócitos T-CD4 e recuperação imune. Geralmente isso ocorre no primeiro ano de tratamento; depois se observa uma estabilidade seguida de melhora no segundo ano. Entretanto, a imunossupressão severa pode persistir em algumas pessoas, especialmente aqueles que apresentaram níveis muito baixos de CD4 ao iniciar o tratamento. Essa falha na recuperação do CD4 deve servir para alertar a equipe de saúde para potenciais problemas na adesão ou não resposta primária à TARV.

Tratamento antiretroviral - Quando iniciar ?:

A instituição da terapia antirretroviral (TARV) tem por objetivo diminuir a morbidade e mortalidade das PVHA, melhorando a qualidade e a expectativa de vida, e não erradicar a infecção pelo HIV.

Desde o surgimento dos primeiros esquemas antirretrovirais, buscou-se definir critérios para início do tratamento com base nas estimativas de risco de infecções oportunistas, evolução para aids e óbito. Entretanto, já existem evidências de que, mesmo em indivíduos assintomáticos com contagens elevadas de LT-CD4+, a replicação viral e

a ativação imune crônica estão associadas ao desenvolvimento de doenças não tradicionalmente relacionadas à infecção pelo HIV, tais como eventos cardiovasculares.

Também se observa que pessoas com reconstituição imune, em uso de TARV, que mantêm contagens de LT-CD4+ acima de 500 células/mm3 e carga viral indetectável, atingem expectativa de vida semelhante à da população geral. Ressalta-se que, quando o tratamento é iniciado precocemente, aumentam-se as chances de se alcançar níveis elevados de LT-CD4+.

Evidências robustas demonstram o benefício da TARV em pessoas com aids ou outros sintomas relacionados à imunodeficiência provocada pelo HIV e em indivíduos assintomáticos com contagem de LT-CD4+ inferior a 350 células/mm3.

Mais recentemente, tem-se observado redução da morbimortalidade com o início mais precoce de TARV. Contudo, muitas dessas evidências provêm de estudos observacionais que possuem importantes limitações, tais como falta de aleatoriedade na seleção de grupos, dificultando o controle estrito dos fatores de confusão.

Além do impacto clínico favorável, o início mais precoce da TARV vem sendo demonstrado como ferramenta importante na redução da transmissão do HIV. Todavia, deve-se considerar a importância da adesão e o risco de efeitos adversos no longo prazo.

Evidências de benefícios clínicos e de prevenção da transmissão do HIV providas por estudos intervencionistas e observacionais, somadas à disponibilidade de opções terapêuticas progressivamente mais cômodas e bem toleradas, justificam o estabelecimento de novos critérios para o início do tratamento antirretroviral, que incluem a recomendação de início mais precoce, de acordo com o Quadro 1, a seguir:

Estimular início imediato de TARV para todas as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)

Todas as PVHA, independentemente da contagem de LT CD4+
Estimular início imediato da TARV, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA.

Tabela 17: Recomendações para início de terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)

Todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4	
Estimular início imediato da TARV, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA.	
Sintomáticos (incluindo tuberculose ativa), independentemente da contagem de CD4	
Iniciar TARV	
Assintomáticos	
CD4 ≤ 500 células/mm3	Iniciar TARV
CD4 > 500 células/mm3	Iniciar TARV na coinfecção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B Considerar TARV nas seguintes situações: neoplasias não definidoras de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado (acima de 20%, segundo escore de Framingham) coinfecção HIV-HCV carga viral do HIV acima de 100.000 cópias/mL
Sem contagem de LT-CD4+ disponível	Na impossibilidade de se obter contagem de CD4, não se deve adiar o início do tratamento
Gestantes	
Iniciar TARV	

Vários estudos demonstram que o uso de antirretrovirais representa uma potente intervenção para a prevenção da transmissão do HIV. Uma metanálise de 11 estudos de coorte que incluíram 5.021 casais heterossexuais sorodiscordantes descreveu 461 episódios de transmissão e nenhum episódio quando o parceiro infectado estava sob tratamento e com carga viral plasmática abaixo de 400 cópias/mL.

Posteriormente, foram publicados os resultados de um estudo prospectivo em uma coorte africana envolvendo 3.381 casais heterossexuais sorodiscordantes, em que 349 indivíduos iniciaram tratamento durante o período de seguimento. Apenas um caso de transmissão ocorreu nas parcerias dos participantes que estavam em tratamento e 102 nas parcerias em que a pessoa infectada pelo HIV não estava em tratamento, o que representou redução de 92% no risco de transmissão.

Mais recentemente, foram publicados os resultados do estudo HPTN052, o primeiro ensaio clínico randomizado que avaliou a transmissão sexual do HIV entre casais sorodiscordantes. Foram randomizados 1.763 casais com contagem de LT-CD4+ entre 350 e 550 células/mm3 para início imediato do tratamento ou para iniciá-lo quando a contagem de LT-CD4+ estivesse abaixo de 250 células/mm3.

Diante do exposto, recomenda-se estimular início imediato da TARV para todas as PVHA, independentemente da contagem de LT-CD4+, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA.

Em nenhuma situação deverá haver qualquer tipo de coerção para início da TARV.

Deve-se informar, por um lado, que os dados científicos atualmente disponíveis a respeito dos benefícios clínicos de se iniciar o tratamento em faixas de LT- CD4+ acima de 500 células/mm3 não são conclusivos. Por outro lado, é necessário enfatizar o alto nível de evidência de que a supressão viral pode reduzir significativamente a transmissão sexual do HIV.

A TARV poderá ser iniciada desde que a pessoa que vive com HIV seja esclarecida sobre benefícios e riscos, além de fortemente motivada e preparada para o tratamento, respeitando-se a autonomia do indivíduo. Deve-se enfatizar que a TARV, uma vez iniciada, não deverá ser interrompida. Em nenhuma situação deverá haver qualquer tipo de coerção para início da TARV.

A utilização de terapia antirretroviral não elimina a possibilidade de transmissão sexual do HIV. Além disso, há fatores que podem aumentar a possibilidade de transmissão, como a presença de doenças sexualmente transmissíveis.

Portanto, o uso de preservativos deve ser sempre estimulado, mesmo em pacientes que apresentem supressão viral.

Início de TARV em indivíduos sintomáticos

Sintomáticos (incluindo tuberculose ativa), independentemente da contagem de CD4
Iniciar TARV

A TARV está indicada para todos os indivíduos sintomáticos, independentemente da contagem de LT-CD4+. Entende-se por sintomáticos os pacientes com:

Manifestações clínicas atribuídas diretamente ao HIV:

- Nefropatia associada ao HIV (NAHIV): é uma forma clássica de acometimento glomerular que pode ocorrer com qualquer nível de LT-CD4+. Manifesta-se por proteinúria intensa e hipoalbuminemia, habitualmente sem sinais clínicos de hipertensão arterial ou edema.
- Alterações neurológicas atribuídas ao HIV, incluindo alterações neurocognitivas, como perda da memória, lentificação psicomotora e déficit de atenção.
- Em uma fase inicial da demência associada ao HIV, esses sintomas costumam ser leves, evoluindo para déficits mais graves, tais como distúrbios da marcha, tremor e perda da habilidade motora fina.
- Cardiomiopatia associada ao HIV.

Tuberculose ativa:

A tuberculose ativa, sob qualquer apresentação clínica, é um sinal de imunodeficiência; portanto, a coinfecção TB-HIV deve caracterizar o portador de HIV como sintomático e indicar o início da TARV, independentemente da contagem de LT-CD4+. Há evidências consistentes de que o início precoce da TARV nesses casos reduz a mortalidade, especialmente em indivíduos com imunodeficiência grave.

Assim, recomenda-se que pacientes com LT-CD4+ inferior a 200 células/mm3 ou com sinais de imunodeficiência avançada comecem a TARV na 2ª semana após o início do tratamento para tuberculose. Nos demais pacientes, a TARV pode ser iniciada na 8ª semana, após o término da fase intensiva do tratamento da TB. Ressalta-se que não se recomenda o início concomitante do tratamento para ambos os agravos.

Caso a contagem de LT-CD4+ não esteja disponível no momento do diagnóstico de TB, o grau de imunodeficiência poderá ser estimado pela clínica e pelos resultados laboratoriais, entre estes: perda ponderal > 10%, candidíase, prurido, diarreia crônica e contagem de linfócitos totais < 1.000 no hemograma. Nessas situações, a TARV deverá ser introduzida no 15º dia do tratamento da TB ativa.

Recomenda-se iniciar TARV para todas as PVHA com TB ativa, independentemente da forma clínica e contagem de LT-CD4+. Seu início deve ser precoce, entre a 2ª e 8ª semana após o início do tratamento da tuberculose.

Ressalta-se que, nos casos de tuberculose meníngea, o início precoce de TARV não altera o prognóstico da doença e ainda relaciona-se à maior ocorrência de eventos adversos de grau 4 (eventos limitantes ou com risco à vida). Assim, nessa forma de TB, recomenda-se que o início da TARV seja postergado para após 2 meses de tratamento da TB, independentemente da contagem de LT-CD4+.

Início de TARV em indivíduos assintomáticos:

Assintomáticos	
CD4 ≤ 500 células/mm^3	Iniciar TARV
CD4 > 500 células/mm^3	Iniciar TARV na coinfecção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B Considerar TARV nas seguintes situações: • neoplasias não definidoras de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia • doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado (acima de 20%, segundo escore de Framingham) • coinfecção HIV-HCV • carga viral do HIV acima de 100.000 cópias/mL
Sem contagem de LT-CD4+ disponível	Na impossibilidade de se obter contagem de CD4, não se deve adiar o início do tratamento

Assintomáticos com LT-CD4+ ≤ 500 células/mm^3:

O impacto favorável do início mais precoce da terapia antirretroviral vem sendo observado em diversos estudos clínicos nos últimos anos. O limiar de LT-CD4+ mais elevado para desencadear o começo do tratamento foi favorecido por dois ensaios clínicos randomizados, apesar de não terem sido desenhados para essa finalidade. Nesses estudos, comparou-se o início de TARV com LT-CD4+ acima de 350 células/mm3 com o início do tratamento quando a contagem fosse inferior a 250 células/mm3.

Recentemente, resultados de um estudo com casais heterossexuais sorodiscordantes (HPTN052) também corroboraram o início mais precoce de TARV. O estudo objetivou avaliar a redução da transmissão entre os casais e a redução de eventos clínicos na população tratada. Foram recrutados 1.763 casais, em vários países, incluindo o Brasil, em que o parceiro HIV+ era virgem de TARV e com LT-CD4+ entre 350 e 550 células/mm3, tendo-se

comparado a introdução imediata da terapia com o tratamento postergado até que o LT-CD4+ estivesse abaixo de 250 células/ mm3, em dois exames consecutivos.

Coinfecção HIV-HBV:

A progressão da hepatite B é mais rápida em coinfectados pelo HIV e pelo HBV do que entre os monoinfectados pelo HBV, e o risco de morte por complicações decorrentes de doença hepática é superior em indivíduos com LT-CD4 < 500 células/mm3. Pacientes com indicação de tratamento para hepatite B, e para os quais o interferon não esteja recomendado, devem iniciar mais precocemente a TARV, com esquema contendo TDF e 3TC.

Risco cardiovascular elevado:

No estudo SMART, os pacientes que suspenderam TARV tiveram maior frequência de evento cardiovascular e óbito quando comparados ao grupo de tratamento supressivo. Pacientes que iniciam TARV melhoram significativamente a função das células endoteliais, ainda que ocorra uma piora metabólica, o que pode aumentar o risco cardiovascular. A durabilidade da melhora da função das células endoteliais é transitória, pois mesmo os pacientes com carga viral indetectável continuam a ter marcadores inflamatórios alterados quando comparados aos pacientes HIV negativos, ou seja, mantêm o quadro de inflamação. A depleção do LT-CD4+ do tecido linfoide associado ao trato gastrintestinal (GALT) parece ser precoce, o que representaria um facilitador de translocação antigênica e manutenção da ativação imune e do risco cardiovascular. Nessas situações, deve-se individualizar a conduta sobre o início mais precoce de TARV.

Neoplasias:

Em pessoas que iniciarão tratamento potencialmente imunossupressor, pode-se considerar o início mais precoce de TARV.

Hepatite C:

No caso de pacientes com contagens de LT-CD4+ ≤ 500 células/mm3, recomenda-se iniciar TARV e aguardar o aumento dos LT-CD4+ para o início do tratamento do HCV. Nos casos de LT-CD4+ superiores a 500 células/mm3,recomenda-se tratar inicialmente a hepatite C, protelando o uso de TARV, para evitar interações medicamentosas e sobreposição de toxicidades. Em todas as situações, a abordagem deve ser individualizada e a

prioridade de cada um dos tratamentos discutida com profissionais experientes no manejo de ambas as infecções.

Carga viral acima de 100.000 cópias/mL:

Em pacientes com contagem de LT-CD4+ > 500 células/mm3 e carga viral superior a 100.000 cópias/mL, recomenda- se monitorização laboratorial frequente e considerar início de TARV quando o LT-CD4+ estiver próximo a 500 células/ mm3.

Início de TARV em gestantes:

Está recomendado o início de TARV para todas as gestantes, independentemente da presença de sintomas ou da contagem de LT-CD4+. Recomenda-se também a manutenção da terapia antirretroviral após o parto, independentemente do nível de LT-CD4+ no momento do início.

Como iniciar?:

Primeira linha de tratamento – composição do esquema ARV com ITRNN.

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo dois ITRN/ITRNt associados a um ITRNN.

Como regra, o esquema de primeira linha deve ser o seguinte:

Esquema de terapia inicial – primeira linha
TDF + 3TC + EFV*
* na apresentação de dose fixa combinada, sempre que disponível

Tenofovir + lamivudina:

A associação de tenofovir com lamivudina (TDF/3TC) apresenta um perfil de toxicidade favorável em relação à lipoatrofia e à toxicidade hematológica quando comparada ao AZT, e permite tomada única diária. Essa associação é também recomendada

para os casos de coinfecção HIV-HBV. O TDF é um análogo de nucleotídeo (ITRNt) e sua maior desvantagem é a nefrotoxicidade, particularmente em diabéticos, hipertensos, negros e idosos e no uso concomitante de outros medicamentos nefrotóxicos.

Pacientes com doença renal preexistente devem usar preferencialmente outra associação de ITRN. A diminuição da densidade óssea tem sido relacionada ao uso de TDF.

Efavirenz:

O EFV apresenta posologia confortável (1 comprimido ao dia), facilitando a adesão ao tratamento. Promove supressão da replicação viral por longo prazo e possui perfil de toxicidade favorável. Seus efeitos adversos mais comuns – tonturas, alterações do sono, sonhos vívidos e alucinações – costumam desaparecer após as primeiras duas a quatro semanas de uso. A indicação do efavirenz deve ser avaliada criteriosamente em pessoas com depressão ou que necessitam ficar em vigília durante a noite.

Esquemas estruturados com ITRNN, particularmente com efavirenz (EFV), possuem melhor perfil de toxicidade, maior comodidade posológica, maiores taxas de adesão ao tratamento em longo prazo, elevada potência de inibição da replicação viral, maior efetividade e maior durabilidade da supressão viral, quando comparados a esquemas estruturados com inibidores da protease.

A longa meia-vida do efavirenz permite a manutenção da supressão da replicação viral caso ocorra irregularidade no horário de tomada de doses, embora possa haver maior risco de falha quando há perda de doses.

Quando comparados aos IP/r, os ITRNN são raramente associados a manifestações gastrintestinais, tais como náuseas, vômitos ou diarreia. Além disso, dislipidemia e resistência periférica à insulina parecem ser menos frequentes com o uso de esquemas contendo ITRNN.

Casos excepcionais:

Para os casos em que o esquema TDF + 3TC + EFV esteja contraindicado, deve-se proceder da seguinte maneira: Substituir o TDF por:

	Utilizar	Situação

1ª opção	AZT	Contraindicação ao TDF
2ª opção	ABC	Contraindicação ao TDF e AZT
3ª opção	ddI	Contraindicação ao TDF, AZT e ABC

A CONTRAINDICAÇÃO AO USO DE ANTIRRETROVIRAIS DEVE SER REGISTRADA EM PRONTUÁRIO

A dispensação de AZT, ABC e ddI está condicionada ao fornecimento de justificativas relativas às situações de contraindicação.

1. AZT + 3TC:

A associação de zidovudina com lamivudina (AZT/3TC) é uma das mais estudadas em ensaios clínicos randomizados: apresenta eficácia e segurança equivalentes a outras combinações de dois ITRN/ITRNt, sendo habitualmente bem tolerada. Está disponível em coformulação no Sistema Único de Saúde (SUS), o que contribui para maior comodidade posológica, devendo-se ingerir 1 comprimido 2 vezes ao dia. Os ITRN estão mais associados a toxicidade mitocondrial, hiperlactatemia e acidose lática. A toxicidade hematológica é um dos principais efeitos adversos do AZT, o que pode resultar na necessidade de sua substituição.

Recomenda-se evitar o uso desse medicamento em casos de anemia (Hb < 10g/dL) e/ou neutropenia (neutrófilos < 1.000 células/mm3). Em pacientes com anemia secundária à infecção pelo HIV, o uso do AZT pode reverter esse quadro laboratorial; porém, os índices hematimétricos devem ser monitorados até a estabilização da anemia. Outro efeito adverso do AZT a ser considerado é a lipoatrofia. As causas são multifatoriais e de difícil manejo. Esse evento pode comprometer a adesão à TARV.

2- ABC + 3TC:

A combinação de abacavir com lamivudina (ABC/3TC) é alternativa para os pacientes com intolerância ou contraindicação aos esquemas com TDF/3TC ou AZT/3TC. Alguns ensaios clínicos mostram que essa associação apresentou maior risco de falha virológica em pacientes com carga viral mais elevada, devido à baixa barreira genética. Reações de hipersensibilidade estão relacionadas ao início do tratamento com ABC.

3- ddI + 3TC:

A combinação de didanosina com lamivudina (ddI/3TC) é recomendada na terapia inicial apenas nas situações de intolerância ao AZT, TDF e ABC. Pancreatite e neuropatia periférica estão relacionadas ao uso do ddI.

> A estavudina (d4T), bem como o indinavir (IDV), não devem compor esquemas antirretrovirais, de modoque pacientes adultos em uso dessas drogas deverão ter seus esquemas reestruturados imediatamente.

Alternativa ao uso de efavirenz no esquema inicial: nevirapina

A nevirapina (NVP) é considerada preferencial em relação ao EFV em algumas situações. Na contraindicação ou intolerância ao EFV, a NVP é uma opção segura, efetiva e de baixo custo, além de ser produzida pela indústria nacional. Sua indicação é preferencial em relação aos inibidores da protease, exceto nos casos de exantema com EFV.

Alguns estudos demonstram melhor perfil metabólico, com redução de LDL e aumento de HDL colesterol, com uso de NVP quando comparada ao EFV e ao ATV, sendo a NVP, portanto, uma opção para pacientes com diabetes melitus, portadores de coronariopatia ou indivíduos com risco cardiovascular elevado (escore de Framingham > 20%).

A NVP está associada a maior toxicidade hepática, exantema e risco de síndrome de Stevens-Johnson. Um estudo realizado na Tailândia sugere que a NVP pode estar relacionada a maior risco de hepatotoxicidade em mulheres com contagem de LT-CD4+ ≥ 250 células/mm³ e em homens com LT-CD4+ ≥ 400 células/mm³; tais achados podem ser determinados por características metabólicas e genéticas dessa população, não devendo, portanto, ser generalizados. Adicionalmente, a resistência cruzada à etravirina, um ITRNN de segunda geração, é mais frequente com o uso da nevirapina do que com o uso do efavirenz.

Sempre que o tratamento for iniciado com NVP, suas doses devem ser aumentadas de forma escalonada para diminuir o risco de exantema: inicia-se com 1 comprimido de 200 mg durante 14 dias e após esse período a dose deve ser aumentada para 1 comprimido a cada 12 horas.

Segunda linha de tratamento:

Em situações em que o uso de efavirenz e nevirapina esteja

	Utilizar	Situação
1ª opção	ATV/r	Contraindicação ao LPV/r
2ª opção	FPV/r	Contraindicação ao LPV/r e ATV/r

impossibilitado, deve-se proceder à sua substituição por um Inibidor de Protease, de modo que o esquema ARV fique estruturado da seguinte forma:

O lopinavir/ritonavir (LPV/r) deve ser o IP/r preferencial, pelas seguintes razões: coformulação com ritonavir, experiência de uso, maior número de estudos clínicos com seguimento no longo prazo, potência e durabilidade conferidas ao esquema, além de menor custo e facilidade logística, pois não necessita de armazenamento refrigerado.

As vantagens da combinação de IP com ritonavir como adjuvante farmacológico estão em proporcionar níveis séricos mais elevados e estáveis do medicamento, por tempo mais prolongado e com menor risco de mutações que confiram resistência viral. Por outro lado, é mais frequente a ocorrência de eventos gastrintestinais (diarreia) e dislipidemias em esquemas com IP/r, quando comparados a associações que envolvem ITRNN, particularmente o efavirenz.

Na falha virológica, os esquemas com IP/r demonstram menor número de mutações de resistência na transcriptase reversa do que os esquemas com ITRNN, corroborando a hipótese da maior proteção contra resistência à dupla de ITRN/ITRNT conferida pelo IP/r.

Alternativas ao uso do LPV/r:

1) tazanavir/ritonavir (ATZ/r)

O atazanavir/ritonavir (ATV/r) é opção alternativa ao LPV/r, devido ao seu perfil de toxicidade favorável e eficácia na supressão viral. Desvantagens relacionadas a essa associação são o seu elevado custo e a sua não coformulação com o ritonavir, o que acarreta risco potencial de que o atazanavir seja tomado isoladamente, ocasionando falha virológica. Ressalta-se também a necessidade de refrigeração do ritonavir. As doses diárias de atazanavir potencializadas com ritonavir são de 300 mg e 100 mg, respectivamente.

Convém salientar que a combinação LPV/r está associada a maior ocorrência de dislipidemia e que o ATV/r determina hiperbilirrubinemia indireta e icterícia em

4% dos casos. O uso do ATV/r deve ser evitado em indivíduos que necessitem de inibidores de bomba de prótons (por ex., omeprazol).

A opção de ATV sem ritonavir como adjuvante farmacológico foi mantida exclusivamente para os raros casos de intolerância a doses baixas de ritonavir. Nessa situação, o TDF não deve compor o esquema terapêutico, pois ele pode reduzir a meia-vida do ATV. Quando não potencializado com ritonavir, a dose do ATV deverá ser de 400 mg/dia.

TARV em situações especiais:

Existem algumas situações clínicas nas quais a terapia inicial deve ser particularizada, conforme descritas abaixo.

Escolha da terapia antirretroviral em situações especiais		
Condição clínica	**Recomendação**	**Comentários**
Hepatite B	A dupla de ITRN/ITRNt preferencial éTDF + 3TC	Essa dupla tem ação contra o HBV
Nefropatia	A dupla de ITRN/ITRNt preferencial éAZT + 3TC	Evitar uso de TDF em razão da nefrotoxicidade
Tuberculose	EFV deve preferencialmente comporo esquema	Evitar uso de IP/r Iniciar TARV entre a 2ª e a 8ª semanaapós o início do tratamento de TB
Gestação	O esquema preferencial deve ser AZT + 3TC + LPV/r	EFV é contraindicado

O Quadro abaixo descreve os principais efeitos adversos observados no início do tratamento antirretroviral.

Efeitos adversos mais comuns nas primeiras semanas de tratamento antirretroviral		
Medicação	**Eventos adversos**	**Manejo**
AZT	Náuseas, anorexia, cefaleia, alterações no paladar, mal-estar einsônia. - Anemia e neutropenia.	Administrar sintomáticos e orientar manutençãoda medicação, uma vez que esses sintomas desaparecem ao longo da terapia, com melhora considerável do apetite. - O medicamento deve ser substituído caso Hb <

		10,0 g/dL e/ou neutrófilos < 1.000 células/mm^3.
3TC	Eventualmente, pode ocorrer pancreatite ou neuropatia periférica.	- Avaliação e acompanhamento.
ddI EC	Náuseas, vômitos, diarreia eanorexia são frequentes. Pancreatite, com ou sem dor abdominal, pode ocorrer nas primeiras semanas, mas geralmente é mais tardia.	- Administrar sintomáticos, se necessário. - Suspender medicação.
TDF	- Risco de toxicidade renal com elevação da ureia e creatinina (redução de depuração estimada), disfunção tubular proximal (Síndromede Fanconi) e diabetes insipidus. A disfunção tubular proximal é demonstrada laboratorialmentemediante o aumento da beta- 2 microglobulina urinária, glicosúria, fosfatúria, hipouricemia,hiperuricuria, hipofosforemia, hipocalemia e acidose metabólica.	- Realizar exame básico de urina, ureia, creatinina eDCE a cada 3 meses.
EFV	Sintomas associados ao sistema nervoso central, tais como: tonturas,"sensação de embriaguez", sonolência ou insônia, dificuldade de concentração e sonhos vívidos (sensação forte de realidade). Exantema, geralmente maculopapular (1,7%), podendo evoluir para formas graves, como a Síndrome de Stevens-Johnson ou necrólise epidérmica tóxica.	Orientar o paciente sobre tais eventos e informar que normalmente desaparecem ao final das primeiras semanas de tratamento. Os efeitos adversos neurológicos podem ser exacerbados com o uso concomitante de álcool. É necessário que se aborde o uso recreativo de álcool eoutras drogas, aconselhando o paciente para que o medicamento não seja interrompido.

LPV/r	Diarreia (14 a 24%), náuseas, fezes mal formadas, astenia, dor abdominal, cefaleia, vômitos e hiperlipidemia com hipertrigliceridemia. Outros eventos adversos menos frequentes incluem: hiperglicemia, aumento de enzimas hepáticas e hiperamilasemia.	- A diarreia pode ser manejada com adequações de dieta e medicamentos sintomáticos, como a loperamida.
ATV/r	Náuseas, vômitos, diarreia, exantema, cefaleia, tontura. Aumento da bilirrubina total, às custas da fração indireta (35 a 47% dos casos), com icterícia em alguns casos. Elevação das transaminases pode ocorrer em cerca de 2 a 7% dos casos. - Possibilidade de toxicidade renal, como nefrolitíase.	A ocorrência de icterícia pode afetar a imagem e a autoestima do paciente, devendo, portanto, ser cuidadosamente avaliada, considerando-se a suspensão do medicamento quando houver desconforto para o paciente. - Cautela com esquemas com TDF.
NVP	- Exantema (7%), geralmente maculopapular, de tipo eritema multiforme; menos de 1% progride para Síndrome de Stevens-Johnson ou para necrólise epidérmica tóxica.	Suspender quando o exantema cutâneo for extenso, comprometer mucosas, estiver associado a manifestações semelhantes a um resfriado e/ou houver ocorrência de linfadenopatias. Dos pacientes que apresentam esse tipo de reação à nevirapina, 40% não apresentam reação cruzada com o efavirenz.

Genotipagem pré-tratamento:

A genotipagem pré-tratamento está indicada nas seguintes situações:

- Pessoas que tenham se infectado com parceiro em uso de TARV (atual ou pregresso)
- Gestantes infectadas pelo HIV

Neste momento, recomenda-se a realização de genotipagem pré-tratamento apenas para pessoas que tenham se infectado com um parceiro em uso atual ou prévio de TARV, uma vez que a possibilidade de transmissão de mutações de resistência é mais provável nessa situação. A genotipagem pré-tratamento também está indicada para gestantes infectadas pelo HIV. Em síntese, inexistem evidências publicadas com metodologia adequada que sustentem de modo inequívoco o benefício da implantação rotineira de genotipagem pré-tratamento no Brasil. Além disso, é preciso ponderar vantagens e desvantagens de sua utilização na rotina pré-tratamento, incluindo o potencial retardo no início da TARV e o impacto desfavorável na Rede Nacional de Genotipagem (Renageno).

Por fim, são necessários estudos representativos para avaliar a magnitude da resistência primária do HIV no Brasil.

Considerações finais:

O presente Protocolo, concebido conforme as melhores praticas de condução clínica para a abordagem e tratamento para a Infecção pelo Virus HIV nas dependências da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa, o mesmo deverá ser revisado e atualizado, sempre que o Ministério da Saúde e orgãos oficiais atualizarem seus protocolos assistenciais.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos : Módulo 1 : Tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024. 116 p. : il. ISBN 978-65-5993-587-1

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos : Módulo 2 : Coinfecçõese Infecções Oportunistas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024. 135 p. : il. Modo de acesso: Word Wide Web:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pcdt_manejo_hiv_adultos_modulo2.pdf ISBN 978-65-5993-611-3

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

DiNenno EA, Prejean J, Irwin K, et al. Recommendations for HIV Screening of Gay Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men – United States, 2017. MMWR Mor Mortal Wkly Rep 2017; 66:830-32.

3.3.3 - Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica

O Imed irá informar mensalmente os **Resultados dos Indicadores de Produção**, que estão relacionados ao número de procedimentos (QUANTIDADE) executados na assistência oferecida aos usuários da Policlínica.

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 previsto no Referencial Técnico do chamamento, a dificuldade de acesso à região, bem como a infraestrutura local, além da capacidade instalada na unidade de saúde, o tempo médio de funcionamento dos diversos setores da unidade, o tempo médio para realização de consultas, Inter consultas, exames, sessões de hemodiálise, cirurgias menores ambulatoriais, e exames de apoio ao diagnóstico.

São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

- Consultas Médicas Especializadas;
- Consultas de Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos);
- Consultas Farmacêuticas para pacientes que recebem medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CAEF);
- Dispensação de medicamentos para pacientes do Componente Especializado da Assistência (CAEF);
- Serviço Especializado do Processo Transexualizador na Modalidade Ambulatorial;
- Procedimentos Ambulatoriais (somente para efeito de acompanhamento)
- SADT Externo;
- Consultas e Procedimentos Odontológicos;
- Terapia Renal Substitutiva;

- Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual

A seguir apresentaremos as metas definidas no Instrumento de Chamamento Público **Nº 10/2024-SES/GO.**

Consultas médicas especializadas

Especialidade	Consulta mês (primeira consulta)	Interconsultas + Retornos subsequentes	Consultas/mês (incluídas 1as consultas, interconsultas e retornos)
Anestesiologia	Demanda interna	Demanda interna	Demanda interna
Angiologia/ Cirurgia Vascular	30	30	60
Cardiologia	90	80	170
Coloproctologia	80	20	100
Clínica geral /linha do cuidado	Demanda interna	Demanda interna	Demanda interna
Dermatologia	90	60	150
Endocrinologia	120	80	200
Gastroenterologia	40	30	70
Ginecologia	60	30	90
Hematologia	30	10	40
Infectologia	10	10	20
Mastologia	60	30	90
Nefrologia	70	30	100
Neurologia	140	30	170
Obstetrícia (pré-natal alto risco)	10	10	20

Oftalmologia	350	100	450
Ortopedia/Traumatologia	100	80	180
Otorrinolaringologia	250	50	300
Pediatria	40	20	60
Pneumologia	60	50	110
Psiquiatria	20	20	40
Reumatologia	90	80	170
Urologia	90	40	130
Processo transexualizador	-	-	15
TOTAL	**1830**	**890**	**3000**

Consultas de Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)

Interconsultas	Retorno/sessões	Total de consulta da equipe multiprofissional/mês
1200	2800	400

Consultas Farmacêuticas para pacientes que recebem medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CAEF)

Consultas farmacêuticas	Total /mês
	≥ 5% dos processos atendidos no mês

Dispensação de medicamentos para pacientes do Componente Especializado da Assistência (CAEF)

Percentual de dispensação de medicamentos em relação aos processos cadastrados	Total /mês
	≥ 50% dos processos na unidade

Procedimentos Ambulatoriais (somente para efeito de acompanhamento)

Serviço Especializado do Processo Transexualizador na Modalidade Ambulatorial

Produção médica	Produção multiprofissional	Total de consulta
15	35	50

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT; exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico

SADT Externo	**Quantidade/mês**
Análises Clínicas	0
Audiometria	5
Cistoscopia	5
Colonoscopia	100
Colposcopia	10
Densitometria óssea	90
Doppler Vascular	80
Ecocardiografia	50
Eletrocardiografia	10

Eletroencefalograma	15
Eletroneuromiografia	40
Endoscopia	120
Espirometria	50
Exames oftalmológicos	0
Holter	50
Mamografia	100
MAPA	50
PAAF mama	5
Punção aspirativa agulha grossa	5
PAAF tireoide	10
Radiologia	90
Teste ergométrico	60
Tomografia	150
Ultrassonografia	150
Urodinâmica	5
Videolaringoscopia	10
TOTAL	**1260**

Centro Especializado em Odontologia (CEO II)

Consultas Odontológicas

Primeira Consulta	Consultas Subsequentes	Total de consulta/mês
180	270	450

Procedimentos mínimos

Procedimentos	Total de procedimentos/mês
Procedimentos básicos	80
Periodontia	60
Endodontia	35
Cirurgia Oral	80

Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)

Terapia Renal Substitutiva

Terapia Renal Substitutiva	Quantidade
Hemodiálise: 2 turnos e 3 sessões semanais por paciente	624 sessões
Treinamento de diálise peritoneal - 6 pacientes (cada com 10 dias de treinamento)	40 sessões

Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual

Transporte	Número de veículos	Distância percorrida
Van	3	15.000km

3.3.4 Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais , e rotinas operacionais para o serviço compatível com o perfil da unidade

1. INTRODUÇÃO

Como proposta de trabalho o IMED apresentará os protocolos assistenciais não médicos que serão implementados na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa ,** uma unidade especializada de apoio diagnóstco e orientação terapêutica, com serviços e consultas clinicas contemplado por unidades de atendimento ambulatorial com abrangência de várias especialidades, tais como: anestesiologia, angiologia/ cirurgia vascular, cardiologia, coloproctologia, clinico geral – linha de cuidado, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, infectologia, mastologia, nefrologia, neurologia, obstetricia (pré natal de alto risco), oftalmologia, ortopedia/ traumatologia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, psiquiatria, reumatologia e urologia.

Contará com Serviço de apoio terapêutico (SADT), práticas integrativas e complementares, serviço de assistência especializada – SAE, Centro especializado em odontologia (CEO II), clinica de serviços dialiticos e Central de materiais e esterilizações (CME).

As demandas serão provenientes do Complexo Regulador com pacientes procedentes dos serviços externos e de cidades circunvizinhas, que apresentem perfil de atendimento para investigação diagnóstica, de referência e contra referência.

A implementação desses protocolos visa garantir a qualidade e a segurança dos atendimentos, promovendo um ambiente de cuidado integral e humanizado. Cada setor da policlínica seguirá diretrizes especificas que serão continuamente revisadas e atualizadas para atender às necessidades dos pacientes e às exigências regulatórias.

Neste documento, detalharemos os protocolos e práticas que nortearão o funcionamento de cada área, destacando a importância da coordenação entre os diferentes serviços para proporcionar um atendimento eficaz. Nosso compromisso é com a excelência no cuidado à saúde, buscando sempre a melhoria continua dos processos e a satisfação dos nossos pacientes.

1.1 Sobre a assistência Multiprofissional da Policlínica

A assistência da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** será centrada no cuidado ao paciente de forma multiprofissional e interdisciplinar, estruturada de forma a assegurar o acesso, a qualidade e segurança da assistência, fazendo uso de protocolos clínicos específicos e multiprofissionais, protocolos de prevenção de riscos, estabelecendo linhas de cuidado assistenciais e de apoio.

Os serviços ambulatoriais serão estruturados em Coordenações, ordenados considerando a condição clínica e grau de complexidade do paciente e áreas afins de especialidades.

O serviço multiprofissional da Policlínica será composto pela seguinte equipe de apoio assistencial: enfermagem, psicologia, serviço social, biomedicina, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, farmácia, nutrição e odontologia, que por sua vez, realizaram interconsultas no serviço, ou seja, realizar atendimentos dos casos encaminhados pela própria equipe da unidade, de forma integrada e com níveis de competências bem estabelecidos, bem como da prestação do serviço da demanda advinda do Complexo Regulador.

A equipe manterá plantão durante 12 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes:

Horário de Trabalho ou Serviço Diurno (SD): 07h às 19h.

Parágrafo Único: O horário de trabalho nas unidades administrativas poderá variar de acordo com a necessidade e demanda do serviço, mediante estabelecimento de agenda de serviço.

O serviço da equipe multiprofissional terá por finalidade:

- Promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Atendimento humanizado e integral;
- Respeito ao paciente, família e profissionais;
- Incentivo ao desenvolvimento pessoal através de capacitações e estímulo ao trabalho em equipe;
- Promoção da interação de ensino/pesquisa/assistência;
- Prestação de assistência necessária à promoção, proteção,

recuperação e reabilitação nos três níveis de atenção à saúde.

Todo colaborador do Serviço da Equipe Multiprofissional deverá se apresentar ao trabalho devidamente trajado e no horário determinado em escala, com jaleco branco ou uniforme privativo, roupas não transparentes, não apertadas; sapato fechado; cabelos presos; unhas curtas e sem adornos, portando o crachá institucional.

1.1.1 Das Instruções Gerais para Equipe Multidisciplinar:

As equipes de Cuidados Multiprofissionais possuem as seguintes atribuições gerais:

- Cumprir e fazer cumprir o presente Regulamento e as deliberações institucionais;
- Participar e cumprir as etapas do processo seletivo em consonância com as políticas e estratégias de Recursos Humanos;
- Atuar no sentido do melhor relacionamento interpessoal entre os profissionais com vistas à ação assistencial integrada, resolutiva e humanizada junto aos pacientes;
- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança do paciente em todo o processo de atendimento ambulatorial em consonância, as boas práticas e os critérios estabelecidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
- Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos na instituição;
- Identificar os riscos dos processos de trabalho e desenvolver ações para criação de regras, políticas e procedimentos para prevenir, detectar e mitigar a ocorrência de atos indesejados;
- Promover interação da equipe multiprofissional com reuniões periódicas para discussão de casos;
- Promover pesquisas científicas em assuntos pertinentes a cada serviço;
- Participar da elaboração e atuar no sentido do cumprimento

das diretrizes e ações definidas nas documentações institucionais;

- Promover ações de educação continuada para o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores para o aperfeiçoamento de suas habilidades, bem como maior visão da realidade em que estão inseridos, visando à construção de conhecimentos;

- Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes e aos funcionários;

- Manter um ambiente de cooperação mútua de toda a equipe facilitando a execução dos processos;

- Disponibilizar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para assegurar uma assistência qualificada e personalizada;

- Manter materiais e equipamentos em condições para guarda, controle, manutenção e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;

- Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;

- Participar junto ao Serviço de Controle de Infecção relacionada à assistência à saúde no planejamento e na supervisão do cumprimento das ações de controle de infecção;

- Fazer cumprir as políticas, diretrizes e ações relacionadas à comunicação institucional;

- Cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

- Identificar, notificar e analisar os eventos adversos ocorridos, bem como os relatórios de não conformidades.

CAPÍTULO I

I. Enfermagem

A enfermagem desempenha um papel crucial na promoção da saúde, prevenção de doenças e na prestação de cuidados contínuos e humanizados. Nossos protocolos serão desenvolvidos com base em evidências científicas e melhores práticas, garantindo que a equipe de enfermagem esteja preparada para responder de maneira eficaz às necessidades dos pacientes.

Cada protocolo é elaborado para padronizar as ações de enfermagem, promovendo a uniformidade e a excelência nos cuidados prestados. Além disso, esses protocolos serão revisados periodicamente para incorporar novas evidências e inovações na área da saúde, assegurando que nossos profissionais estejam sempre atualizados e capacitados.

As atividades de enfermagem da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**, serão disciplinadas de modo complementar pelo Regimento Interno do Serviço de Enfermagem o qual contemplará as normas e condutas ético-profissional inerente a sua atuação, bem como pelo manual de normas e Procedimentos Operacionais Padrão de cada setor de atuação, conforme apresentado no item específico, presente neste edital.

a) Rotinas comuns à toda equipe de enfermagem:

- Registrar entrada, intervalo e saída no relógio de ponto eletrônico, inclusive, todas as alterações de horário, eventuais esquecimentos de registro de ponto;
- Iniciar as atividades laborais no horário pré-estabelecido conforme escala de trabalho, com uniforme privativo, sem adornos;
- Executar todas atividades visando a segurança do paciente respeitanto os horários de chegada e saída, não podendo se ausentar do serviço sem garantir a continuidade da assistência;
- 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 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;

- O pessoal em serviço deverá estar vestido/paramentado de acordo com a padronização estabelecida (uniforme privativo), uso obrigatório dos EPI´s, sem adornos;

- Todos os profissionais da equipe de enfermagem serão responsáveis pela ordem e conservação da unidade de trabalho. Na identificação de danos e/ou necessidade de reparos nos setor, comunicar o Enfermeiro para as providências cabíveis;

- Todos os membros da Equipe de Enfermagem são responsáveis pelo registro de notificações de eventos adversos e queixas técnicas das não conformidades que possam acarretar danos ao serviço e usuários;

- Todos os membros da Equipe de Enfermagem deverão zelar pelo patrimônio da instituição, de modo especial aos aparelhos, equipamentos e materiais;

- As reuniões ordinárias da equipe de enfermagem serão em datas previamente definidas pela chefia imediata;

- Todas as atividades de Enfermagem deverão ser registradas em impressos próprios (formulários, protocolos, livros) ou sistema informatizado;

- Prestar atendimento e informações para todos os setores assistenciais de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades;

- Cumprir as normas de controle de infecção rigorosamente conforme estabelecido pela

b) Protocolos

I. Protocolo de acolhimento, humanização e recepção na Policlínica

1. Introdução:

A humanização na saúde representa um desafio fundamental para todos os envolvidos nas instituições de saúde, exigindo a incorporação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) nas práticas diárias. Isso implica não apenas na organização e gestão dos processos de trabalho, mas também na promoção de um cuidado inclusivo e equânime, que estabeleça vínculos significativos entre as pessoas.

Para que essa humanização se concretize, é essencial a participação ativa e colaborativa de usuários, trabalhadores e gestores, visando à construção de territórios saudáveis. Nesse contexto, a liderança, o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos indivíduos e coletivos emergem como pilares estratégicos. A indissociabilidade entre gestão e atenção deve ser uma diretriz central, permeando todas as ações voltadas para a humanização das práticas de cuidado. Este protocolo de acolhimento, humanização e recepção na policlínica busca, portanto, fortalecer esses princípios, promovendo um ambiente onde todos se sintam valorizados e respeitados.

1.1 Organização do Acesso aos Serviços Especializados na Policlínica: Papel e Responsabilidade junto ao SUS

A organização do acesso aos serviços especializados da policlínica é um aspecto fundamental para garantir a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS) e

promover a saúde de forma equânime e inclusiva. A policlínica, como um ponto de referência na rede de atenção à saúde, deve atuar de maneira a facilitar o acesso dos usuários a serviços especializados, assegurando que todos tenham a oportunidade de receber o cuidado necessário, independentemente de sua condição socioeconômica.

1.2 Papel da Policlínica no SUS

A policlínica desempenha um papel crucial na articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, funcionando como um elo entre a atenção primária e os serviços de alta complexidade. Sua função é não apenas oferecer consultas e exames, mas também de resolutividade. A eficiência da gestão do serviço evita superlotações na urgência e filas prolongadas na atenção primária aguardando continuidade no tratamento.

1.3 Responsabilidade na Gestão do Acesso

A responsabilidade pela organização do acesso aos serviços especializados recai sobre todos os atores envolvidos: gestores, profissionais de saúde e usuários. Os gestores devem implementar políticas que promovam a transparência e a eficiência no agendamento de consultas e exames, utilizando ferramentas tecnológicas que facilitem o acesso à informação e à marcação de atendimentos. Além disso, é fundamental que haja uma comunicação clara e efetiva com os usuários, orientando-os sobre seus direitos e os procedimentos necessários para acessar os serviços.

Os profissionais de saúde, por sua vez, têm a responsabilidade de realizar triagens adequadas e encaminhamentos precisos, garantindo que os pacientes sejam direcionados aos serviços especializados que melhor atendam suas necessidades.

1.4 Do acolhimento

"Inclui a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário" (Brasil, 2004). Acolhimento não é Triagem.

Triagem – caracteriza uma ação pontual, focada no evento clínico (na queixa-clínica), limitando-se à divisão: quem não deverá ser atendido x quem deverá ser atendido. O foco está na doença, e, neste caso, a coordenação do cuidado, a vinculação e a responsabilização das equipes pelo acompanhamento continuo do usuário nos diferentes momentos do processo saúde-doença-cuidado não se constitui como base do trabalho.

Acolhimento – como diretriz, caracteriza um processo dinâmico, continuo, que integra ações, profissionais, serviços, ferramentas e tecnologias para o alcance do melhor nível de resolubilidade às necessidades das pessoas usuárias, envolvendo todas as etapas da produção do cuidado. É o ouvir, o olhar, as orientações sendo dadas de forma clara e de entendimento do usuário.

Organiza-se sob orientação decididamente inclusiva, de modo que, ao abordar o usuário e escutá-lo em sua demanda põe em trabalho: O que usuário busca? Qual é a sua necessidade (o que inclui uma escuta qualificada, uma avaliação técnica)? Como será atendido em sua necessidade? Em que tempo? Como a equipe (e cada profissional dentro da área de sua competência) vai participar? Que oferta de cuidado constitui a melhor resposta à necessidade apresentada? O que pode ser potencializado no encontro com o usuário para além do que se coloca em evidência na situação apresentada? Que outras necessidades e possibilidades podem ser identificadas e trabalhadas?

Todo usuário que busca atendimento agendado na Policlínica deve ser acolhido e não somente atendido, deve sentir-se cuidado em todas as etapas desde sua abertura de atendimento. E aqueles que não possuem agendamento, mas que procuram o serviço devem ser ouvidos e orientados sobre a porta de entrada ao serviço de maneira cordial

e acolhedora.

Idosos, gestantes, crianças, portadores de necessidades especiais, outros usuários em situação de maior vulnerabilidade, sofrimento, e risco devem ser priorizados. Não é por ordem de chegada, e sim de necessidade. A resolubilidade aqui está em ser escutado, avaliado, compreendido e atendido em sua necessidade, em receber uma resposta que, se não resulta na solução imediata, inicia o processo para tal alcance. O positivo não está necessariamente em atender exatamente ao que é pedido. Em alguns casos, não responder ao que foi inicialmente endereçado pode repercutir o necessário cuidado. O que não significa negar a legitimidade do pedido, mas compartilhar com o usuário o entendimento e a construção da solução adequada, respeitando seus direitos e seu poder de decisão, bem como o compromisso profissional de proteger a vida.

2. OBJETIVOS:

- Garantir acesso, avaliação e cuidado resolutivos;
- Desenvolver a escuta qualificada e o atendimento humanizado, centrado na pessoa e na família.
- Coordenar a Agenda de modo a garantir o acesso qualificado e equânime para demanda programada.

3. RESULTADOS ESPERADOS:

- Ampliação da resolubilidade dos problemas de saúde na Policlínica;
- Qualificação do atendimento;
- Melhorar a experiência do paciente dentro do serviço.

4. Acolhimento em todas as áreas da unidade

4.1 Da recepção do paciente:

O controlador de acesso é o primeiro a ter contato com o paciente ao chegar na unidade , este deve ser receptivo na chegada, cumprimentar o paciente com bom dia ! boa tarde! Avaliar a necessidade de acesso do paciente: cadeira de rodas, imobilidade física, dificuldade visual ou auditiva e orienta sobre o local de apresentação ou acesso.

Ao chegar na recepção: O recepcionista deve manter os olhos no paciente , nunca estar em uso de celulares ou em conversas paralelas. Se não puder atender imediatamente dizer ao paciente , só um instante já irei atende-lo por favor. Ao atende-lo deve sempre aplicar a escuta qualificada, avalia a necessidade do usuário, define prioridade e a resposta adequada (dentro de sua área de competência, considerando o conjunto de atribuições a sua função). Realiza suas atividade e procedimentos de abertura de atendimento. Resolve ou prioriza o atendimento do Enfermeiro ou do Médico ou do Cirurgião Dentista ou a participação em outra modalidade de cuidado. Deve incluir outros profissionais da Equipe sempre que avaliar necessário e a situação exigir. Não cabe **ao recepcionista** fazer avaliação clínica e triagem. Mas inclui avaliar se paciente possui alguma necessidade especial, como cadeira de rodas , imobilidade prejudicada ou deficiência visual, verbal ou auditiva.

As queixas clínicas associadas a eventos agudos deverão incluir a avaliação do Enfermeiro ou do Médico ou do Cirurgião Dentista (risco odontológico), o que não exclui a possibilidade de escuta/avaliações conjuntas.

Ao Enfermeiro, cabe acolher, fazer a avaliação clínica, identificar a possibilidade de agravamento, definir prioridade, condutas e o tempo terapêutico adequado. Resolve ou prioriza encaminhamento para consulta médica ou do cirurgião dentista ou para outra modalidade de cuidado. Pode identificar a necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção, o que, neste caso, deverá incluir avaliação e decisão médica.

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o Acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

5. Serviço de Atendimento ao Usuário - Equipe de "Posso Ajudar"

O colaborador deverá:

- Orientar e acompanhar pacientes e acompanhantes no fluxo de atendimento;
- Orientar endereços e telefones de outros serviços de saúde;
- Orientar pacientes e acompanhantes sobre tempo de espera para atendimento;
- Acompanhar pacientes deambulantes em exames;
- Reflexos positivos do serviço voltados ao Acolhimento dos usuários da Policlínica:
- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado nas necessidades dos usuários;
- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo.

6. Serviço Social e Psicologia

O colaborador deverá:

- Realizar atendimento ao usuário quando solicitado pelo profissional médico ou da equipe multiprofissional;
- Acolher o usuário e acompanhante (quando houver) com respeito e empatia;
- Informar ao enfermeiro sobre a conduta adotada e realizar orientações de acordo com as necessidades do usuário;
- Atuar de forma integrada buscando melhor resolutividade aos problemas dos usuários;
- Registrar sua avaliação e conduta na ficha do usuário.

7. Técnico de Enfermagem:

- Utilizar as 3 regras de ouro instituídas pelo IMED: Apresentação ao paciente, chamar o paciente pelo nome e dizer o que será feito em cada etapa de atendimento;
- Deve acolher, realizar procedimentos prescritos, como aferição de sinais vitais, curativos e administração de medicamentos, resolver dentro de sua área de competência e/ou priorizar o atendimento do enfermeiro ou médico ou participação em outra modalidade de cuidado.

8. Médico:

- Utilizar as 3 regras de ouro instituídas pelo IMED;
- Deve acolher, realizar a consulta de acordo com os protocolos de sua especialidade, resolver dentro de sua competência, o que pode incluir encaminhamento para outro ponto de atenção.
- Iniciar ações de cuidado (previstas em Protocolos e outras); orientar sobre hábitos saudáveis; prestar informações que possibilitem melhor utilização dos serviços (Carteira de Serviços);

- Informar e encaminhar para outros equipamentos que envolvam ações; intersetoriais, quando necessário.
- Garantir que todo o processo tenha sido compreendido pelo paciente;

9. Articulação da rede interna e externa do serviço

A policlínica deve ser um local resolutivo dentro de seu nível de complexidade e possibilitar a referência e contrarreferência quando o atendimento não estiver em seu nível de atenção.

Todos os serviços internos são interligados de maneira que o usuário possa otimizar seu tempo e atendimento. Quando usuário necessitar de mais de um serviço ofertado deve-se ser dado preferência para marcação na mesma data e com horário adequados, isto diminuirá a vinda dos pacientes a unidade. O colaborador deve disponibilizar o acesso online a resultado de exames facilitando o acesso a estes.

A policlínica trabalha de maneira a realizar agendamentos de forma ordenada onde os Municípios sejam ouvidos e o transporte dos pacientes seja facilitado.

Quando a resolução do problema não estiver disponível na policlínica este paciente deve ser devidamente encaminhado a serviço que atenda seu nível de atenção, garantindo assim a continuidade do tratamento, para isto deve ser utilizado o sistema de regulação disponibilizados pela SES-GO.

10.Da sala de espera:

Este espaço deve ser potencializado como área de atuação técnica.

Cada gestor de área deve produzir novas formas de encontro entre profissionais e usuários através de cronogramas aprovados pela gestão, afim de constituir uma das principais razões do processo de humanização, transversal em todos os momentos do cuidado, e o momento da espera, seu uso criativo, pode favorecer novos encontros com os seguintes objetivos: monitorar tempo de espera; reduzir e controlar ansiedade; monitorar evolução; aproximar usuário e equipe, fortalecer a comunicação; humanizar e ampliar o foco do cuidado.

Os usuários devem ser informados e atualizados sobre todas as atividades oferecidas na Unidade e sobre os fluxos de atendimento.

Algumas ações e atividades do Programa de Práticas Integrativas podem ser desenvolvidas na gestão da espera, bem como ações preventivas e de promoção da saúde, individuais e coletivas.

11.Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea/Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde: Projeto AGAP / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Documenta, 22. Brasília. CONASS, 2011 Brasil.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS, 2011. CONASS Documenta, 23. Brasília: CONASS, 2011.

2. Protocolo: Processo de enfermagem – Consulta de enfermagem

1. INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, evidenciando a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a

visibilidade e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009). Deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, onde ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, sendo denominado Consulta de Enfermagem[1] quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros (COFEN, 2009).

O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, conforme o Quadro 1.

Quadro 1: Etapas do Processo de Enfermagem

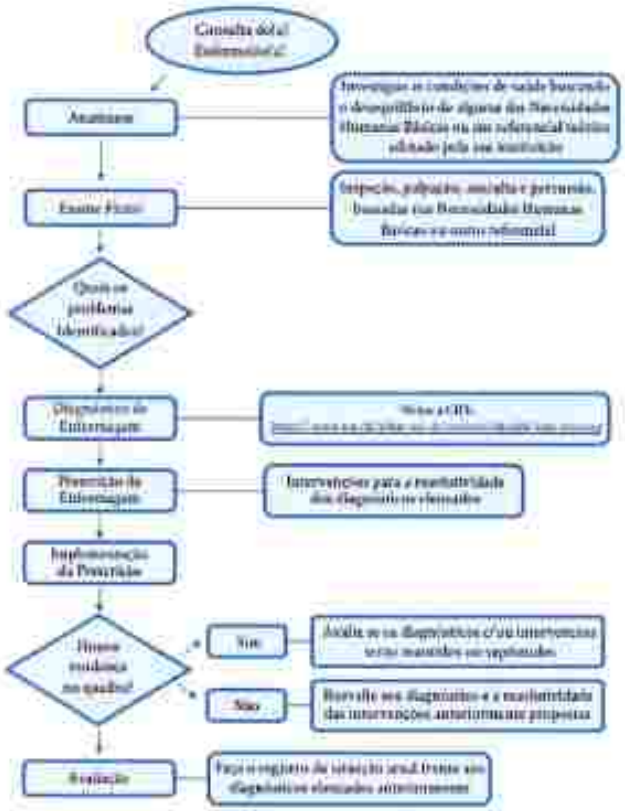
Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem)	Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
Diagnóstico de Enfermagem	Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
Planejamento de Enfermagem	Determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
Implementação	Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
Avaliação de Enfermagem	Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

2. Consulta do enfermeiro:

Conforme disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício profissional, cabe ao(a) enfermeiro(a) a execução da Consulta, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a estas respostas[1].

Frente às disposições regulamentadas em lei, o termo "Consulta do Enfermeiro" será utilizado nos Protocolos de Enfermagem do Coren-GO e estará direcionada na Policlínica aos atendimentos de pré consulta, nas práticas integrativas e na clínica de cuidados dialíticos.

A consulta do(a) enfermeiro(a) deverá ser priorizada no atendimento da enfermagem, sendo executada por demanda programada, quando o(a) profissional fará a coleta de dados, análise dos dados com definição dos diagnósticos de enfermagem, bem como as intervenções por meio de orientações diretas ao indivíduo ou com o auxílio da equipe, quando for necessário. Durante a consulta o(a) enfermeiro(a) poderá executar suas atribuições dentro da regulamentação legal da profissional assim como realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas junto aos demais membros da equipe; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal; realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local.



Fluxograma da consulta do enfermeiro

3. CIPE- Classificação internacional para a prática da enfermagem

A implementação do Processo de Enfermagem, iniciado na década de 1960, evoluiu para o reconhecimento de que, além do julgamento estritamente vinculado às doenças e suas complicações, os agentes da Enfermagem fazem outros tipos de julgamentos e agem com base nesses julgamentos [2]. A prática imprimiu então a necessidade de classificações e taxonomias que padronizas sem a comunicação dos achados clínicos e favorecessem a troca de informações entre os(as) enfermeiros(as), impulsionando a criação de classificações regionais para descrições de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Para atender a recomendação do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), a classificação utilizada neste protocolo será a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) que é um sistema de linguagem padronizada, amplo e complexo, que representa o domínio da prática da Enfermagem no âmbito mundial. Também é uma tecnologia de informação, pois favorece a coleta, armazenamento e análise de dados em uma variedade de cenários, linguagens e regiões geográficas distintas, contribuindo para que a prática dos profissionais da Enfermagem seja eficaz e, sobretudo, se torne reconhecida pela sociedade e visível no conjunto de dados sobre saúde (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2005). A CIPE está representada pela formatação em 7 eixos (Figura1)



Fonte: GARCIA, 2016

Quadro 2 - Eixos da CIPE

EIXO	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS DE TERMOS
Foco	Área de atenção relevante para a enfermagem	Dor - Ansiedade - Expectativa de vida- Conhecimento
Julgamento	Opinião clínica ou determinação relevante ao foco da prática de enfermagem	Risco de - Ineficaz - Ineficiente - Melhorado
Meios	Maneira ou método de executar uma intervenção	Radiografia - Cateterismo - Técnica de respiração
Ação	Processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente	Promover - Encaminhar - Monitorar - Manter
Tempo	Referência temporal, foco ou atenção em direção a uma ocorrência	Admissão hospitalar
Localização	Orientação anatômica ou espacial de um fenômeno ou intervenção	Anatomia - Cavidade bucal - Coração - Hospital dia

Para utilização da CIPE há regras norteadas pela ISO 18104/2014, que determina como devem ser elencados os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. As regras norteadoras são: deverá ser utilizado apenas um termo de cada eixo, ficando a cargo do(a) enfermeiro(a), a escolha de qual termo do eixo e quantos eixos serão utilizados, sabendo que quanto mais eixos utilizados, maiores a especificidade do diagnóstico, resultado e intervenção descrita; ao elencar os diagnósticos ou resultados, deverá ser utilizado obrigatoriamente, um termo do eixo Foco, acrescido de termo do eixo julgamento. O eixo julgamento poderá ser descartado, quando se tratar de achado clínico; as intervenções serão iniciadas obrigatoriamente pôr termo do eixo Ação, acrescido de termo que seja o alvo da ação descrita. Para melhor compreensão, seguem abaixo exemplos de diagnósticos e intervenções:

Quadro 3 – Exemplos de diagnósticos e intervenções CIPE

EIXOS SELECIONADOS	TERMO SELECIONADO
Foco da prática	Atitude em Relação ao Regime Dietético
Julgamento	Parcial

Diagnóstico de Enfermagem: atitude em relação ao regime dietético parcial

EIXOS SELECIONADOS	TERMO SELECIONADO
Foco da prática	Hiperglicemia
Julgamento	(Não obrigatório, pois termo do foco é achado clínico)

Diagnóstico de Enfermagem: Hiperglicemia

EIXOS SELECIONADOS	TERMO SELECIONADO
Ação	Orientar
Foco	Regime dietético
Cliente	Família

O Registro da Consulta de Enfermagem

A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: um resumo dos dados coletados sobre a pessoa; os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa; as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; e os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Para registro no prontuário eletrônico, recomenda o uso do SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano), a construção/atualização da Lista de Problemas e a utilização das classificações CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) e CIPE (Classificação Internacional para Prática de Enfermagem) como forma de facilitar a comunicação entre profissionais e a obtenção de dados clínicos. Notas de evolução claras e bem-organizadas fazem parte da elaboração de uma boa história clínica ou de vida, continuada ao longo do tempo de ocorrência de um problema ou necessidades de saúde. A estrutura das notas de evolução é formada por quatro partes detalhadas conhecidas por "SOAP", que corresponde à sigla (originalmente em inglês) para "Subjetivo", "Objetivo", "Avaliação" e "Plano".

Para exemplificar, a Figura 2 que descreve os dados subjetivos, objetivos, avaliação e plano, o Processo de Enfermagem e a CIPE:

Etapa	SOAP	Processo de enfermagem	CIPE
S- Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/ necessidade	Histórico de Enfermagem (entrevista)	
O- Objetivo	Dados do exame físico, exames complementares laboratoriais	Histórico de Enfermagem (exame físico)	
A- Avaliação	Avaliação dos problemas- utilização de um sistema de classificação	Diagnóstico de enfermagem Planejamento de enfermagem Avaliação de enfermagem	Diagnósticos de enfermagem Resultado de enfermagem
P- Plano	Plano de cuidados/conduta	Implementação	Intervenções de enfermagem

Figura 2 Quadro representativo do uso da CIPE

Para a construção dos diagnósticos e resultados de enfermagem, deve ser seguido as seguintes diretrizes: (1) deve incluir um termo do Eixo do Foco, (2) deve incluir um termo do Eixo do Julgamento, (3) pode incluir termos adicionais, conforme o necessário, dos eixos do Foco, Julgamento ou de outros eixos. No desenvolvimento de enunciados de intervenções de enfermagem, devem ser usados as seguintes diretrizes: (1) deve incluir um termo do Eixo da Ação, (2) deve incluir pelo menos um termo Alvo – um termo alvo pode ser um termo de qualquer eixo exceto do Eixo do Julgamento, (3) pode incluir termos adicionais, conforme necessário, do eixo da Ação ou de qualquer outro eixo.

Foco: Área de atenção que é relevante para a enfermagem (exemplos: dor, eliminação, expectativa de vida, conhecimento);

Julgamento: Opinião clínica ou determinação relativa ao foco da prática de enfermagem (exemplos: nível decrescente, risco, melhorado, interrompido, presente);

Cliente: Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (exemplos: recém-nascido, cuidador, família ou comunidade).

Meios: Forma ou método de concretizar uma intervenção (exemplos: atadura, caderneta de vacinação);

Ação: Processo intencional aplicado a um cliente (exemplos: educar, mudar, administrar ou monitorar);

Tempo: O ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (exemplos: administração, nascimento ou crônico);

Localização: Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (exemplos: posterior, abdômen, escola ou centro de saúde na comunidade);

Nesta perspectiva a CIPE tem por objetivo:

Estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de Enfermagem, de forma a melhorar a comunicação entre os enfermeiros e a equipe multidisciplinar;

Representar os conceitos utilizados nas práticas locais, independente dos idiomas e áreas de especialidade;

Descrever os cuidados de Enfermagem prestados às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) a nível mundial;

Permitir comparações de dados de Enfermagem entre populações de pacientes, contextos, áreas geográficas e tempo;

Estimular a investigação em Enfermagem através da relação como os dados disponíveis nos sistemas de informação em Enfermagem e da saúde;

Fornecer dados sobre a prática de Enfermagem de forma a influenciar a formação de enfermeiros e a política de saúde e;

Projetar tendências sobre as necessidades dos pacientes, prestação do cuidado de Enfermagem, utilização de recursos e resultados do cuidado de Enfermagem. Através dos objetivos, a CIPE® é capaz de proporcionar a comunicação entre os pares, comparar os dados de enfermagem entre os diferentes contextos, auxiliar na tomada de decisão do profissional, no raciocínio clínico do enfermeiro, no desenvolvimento de políticas públicas de saúde, na geração de novos conhecimentos, na promoção de um cuidado qualificado e na garantia de mais instrumentos para a segurança do paciente.

4. Referências:

BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 jun., 1986. [acesso 2020 Mar 19] Disponível em: Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 jun.1987. [acesso 2020 Mar 19] Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil%5F03/decreto/1980-1989/D94406.htm >. Acesso em: 19 mar. 2020. BRASIL.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: Acesso em: 20 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Rio de Janeiro: Cofen, 2009. Disponível em:. Acesso em: 12 ago. 2019. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM.

3. PROTOCOLO IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE

1. INTRODUÇÃO

A correta identificação dos pacientes é um passo crucial para garantir a segurança e a qualidade do atendimento na Policlínica. O Protocolo de Identificação segura do paciente foi desenvolvido com o objetivo de prevenir erros e assegurar que cada paciente receba o cuidado adequado, minimizando riscos e promovendo um ambiente de cuidado seguro e humanizado.

A implementação deste protocolo envolve a conferência rigorosa dos dados de identificação do paciente, utilizando pulseiras, prontuários e placas de identificação do

leito, quando hemodiálise. É proibido realizar qualquer procedimento no paciente sem que ele esteja devidamente identificado, exceto em casos de extrema emergência. A tripla checagem dos dados de identificação é uma prática fundamental para garantir a precisão e a segurança no atendimento [1,2].

Este protocolo é parte integrante dos esforços da Policlínica para promover um ambiente de cuidado integral e humanizado, assegurando que todos os pacientes sejam tratados com respeito e dignidade, e que os profissionais de saúde sigam diretrizes específicas para proporcionar um atendimento eficiente e eficaz[3,4].

2. OBJETIVO

Garantir a correta identificação do paciente, para minimizar a ocorrência de incidentes. A identificação do paciente deve assegurar que a assistência seja prestada à pessoa para a qual realmente se destina. E, instituir e promover o protocolo de Identificação correta e efetiva, o qual é um elemento essencial para qualificação da assistência na unidade. A implantação do protocolo visa mitigar os riscos de incidentes/danos, desenvolver uma assistência de qualidade e com segurança ao paciente, **na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.** Sendo considerada prioridade na unidade, requerendo para sua implementação a adoção de ferramentas e de comportamentos padronizados para melhorar o trabalho em equipe e assegurar qualidade e segurança ao usuário.

3. DEFINIÇÕES

A identificação correta do paciente é a metodologia empregada para se garantir ao paciente correto o recebimento de determinado tipo de tratamento, procedimento ou serviço, prevenindo a ocorrência de enganos ou erros que o possam lesar ou produzir eventos adversos indesejados.

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 (no setor de hemodiálise), 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 etiquetas 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 2003.

A identificação dos pacientes é considerada um dos primeiros cuidados para uma assistência segura e consiste na utilização de tecnologias, como etiquetas de identificação, definição de identificadores diferenciadores nos formulários, etiquetas de material para exames, identificação no leito (Setor de Hemodiálise), essenciais à prevenção de erros durante o cuidado à saúde, não só para pacientes hospitalizados, mas também para pacientes em observação em unidades de pronto atendimento e sob qualquer condição de assistência, como para realização de exames ambulatoriais.

A identificação do paciente está prevista na nova RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**, instituiu em sua unidade de assistência à saúde o Protocolo de Identificação e Registros Seguros, em conformidade com a legislação vigente e tornando a assistência com menor risco de erros decorrentes da identificação e registros.

3. SIGLAS

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente;

NQ – Núcleo de Qualidade;

CI – Comunicado Interno;

EV – Eventos Adversos;

SCIRAS – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

SESMT – Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho;

SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário;

SS – Serviço Social;

OV – Ouvidoria;

CARPM – Comissão de Análise e Revisão de Prontuário Médico;

NEP – Núcleo de Educação Permanente;

Nome social: designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.

4. RESPONSABILIDADE DAS TAREFAS/ETAPAS:

Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
Recepcionar o paciente no hall da entrada.	Auxiliar de atendimento
Identificar paciente/ acompanhante/ visitante para consulta médica e não médica.	Recepcionista da unidade
Notificar caso encontre erro de identificação ou etiquetas danificadas.	Todos os profissionais da unidade.
Reavaliar a identificação correta caso precise.	Enfermeira (o) da assistência.

Identificar paciente com descrição de quatro identificadores (nome completo, nome da mãe completo, data de nascimento e setor), no setor de hemodiálise.	Recepcionista da hemodiálise.
Mensurar indicador de efetividade do protocolo.	Núcleo de segurança do paciente.
Elaborar plano de ação para mitigar as falhas de Identificação.	Núcleo de Segurança do Paciente

5. PÚBLICO-alvo

O protocolo é destinado a todos os usuários em âmbito ambulatorial, no qual utilizam dos serviços ofertados na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**

6. APLICAÇÃO

O protocolo será implantado e implementado em todos os setores da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**

7. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Os erros de identificação do paciente podem ocorrer desde a sua admissão na instituição Policlínica, até a alta do serviço, em todas as etapas do processo de diagnóstico e terapêutica. Alguns fatores e/ou rotinas podem elevar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de máquina (hemodiálise) ou setor, profissionais novos dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente. Muitas instituições fazem uso das etiquetas para identificar seus pacientes. Estudo feito sobre a aceitabilidade dos pacientes com relação a esta prática, foi demonstrado que a maioria é favorável ao uso dela, especialmente quando devidamente orientados sobre os riscos e consequências de uma identificação inadequada.

No que diz respeito à equipe profissional, em pesquisa citada pela Anvisa em documento norteador, da identificação do paciente no Brasil, existe alto nível de consciência profissional da equipe, quanto a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo (da pulseira de identificação) no momento mais precoce possível, principalmente em pacientes admitidos por meio das unidades de emergência, posto que resguarda o profissional de dados errôneos em circunstâncias clínicas especiais, tais como a transfusão de sangue e/ou administração de medicamentos.

Sendo assim, é fundamental para o cuidado seguro ao paciente, empregar tecnologias imprescindíveis à prevenção de erros durante a assistência à saúde, as quais também são utilizadas em pacientes que permanecem em condições de observação nas unidades de pronto socorro ou que são encaminhados simplesmente para exames e/ou atendimento ambulatorial.

7.1 Identificação de pacientes (SADT/EXAMES LABORATORIAIS/HEMODIALISE):

A correta identificação do paciente exige, obrigatoriamente, quatro identificadores: o nome completo, a data de nascimento e o nome completo da mãe e qual setor.

As etiquetas de identificação do paciente da Policlinica Estadual da Região do Entorno – Formosa, deverão conter:

a) Nome completo do paciente (sem abreviações);

b) Data de nascimento (registrada no formato DD/MM/AAAA);

c) Nome completo da mãe do paciente (sem abreviações);

d) Nome do setor (podendo ser a sigla conforme instituído no siglário) (ANEXO 1)

No setor de hemodiálise serão usados identificadores em 3 locais, crachá entregue para o paciente sempre que chega na unidade pela recepcionista, uma identificação na cadeira de hemodiálise do paciente e outra na numeração do leito.

Será adotado como regra que, para os pacientes adultos, a etiqueta deverá ser colocada no tronco superior direito (peito direito). Quando a etiqueta estragar, soltar ou ficar ilegível, o (a) enfermeiro (a) supervisor da unidade deverá solicitar nova etiqueta junto à recepção.

Todos os pacientes devem portar a etiqueta de identificação, incluindo os pacientes externos, aqueles encaminhados apenas para realização de exames ou para retorno ambulatorial. Antes da colocação da etiqueta no paciente, ela deverá ser confrontada com a documentação do Paciente.

Nome social: O Decreto Federal nº 8.727, de 28 de abril de 2016 regulamenta que o "nome social" do (a) paciente deve aparecer em destaque e acompanhado do nome civil, que será utilizado apenas para fins administrativos internos.

Os registros dos sistemas de informação, de cadastros, fichas e formulários, de prontuários e congêneres deverão conter o campo "nome social" em destaque, acompanhado do nome civil, que será utilizado apenas para fins administrativos internos. A pessoa travesti ou transexual poderá requerer, a qualquer tempo, a inclusão de seu nome social em documentos oficiais e nos registros dos sistemas de informação, de cadastros e prontuários. O nome social será inserido na etiqueta de identificação junto aos outros itens obrigatórios.

7.2. Identificação de acompanhante/visitante:

O acompanhante e/ou visitante será identificado através de etiqueta, que será impressa no Hall, constando o título de VISITANTE/ACOMPANHANTE, e em seguida:

a) Acompanhante será identificado como **ACOMPANHANTE**;

b) Visitante será identificado como **VISITANTE**.

7.3. Educar o paciente/acompanhante/familiar/cuidador

O profissional de assistência à saúde (a equipe de enfermagem) deverá explicar os propósitos dos identificadores das etiquetas e que a conferência da identificação é obrigatória antes do cuidado para que se obtenha o envolvimento e adesão do paciente/ acompanhante/familiar/cuidador no processo de identificação correta. O paciente e seus familiares/acompanhantes devem ser encorajados a verificar e confirmar a identificação antes de receber qualquer medicação ou intervenção terapêutica. É necessário educar paciente sobre o risco aos erros de medicação relacionado a identificação incorreta.

7.4. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de todo e qualquer cuidado, utilizando os identificadores padronizados. Envolve a orientação da administração de medicamentos, da coleta de material para exame e da realização de procedimentos invasivos, transferências ou qualquer outro procedimento relacionado ao paciente. O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome completo ao paciente/familiar/ acompanhante e conferir as informações contidas na etiqueta e filipeta do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado. 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. A verificação da identificação do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência na Policlínica, a fim de manter a sua segurança. PEDIR ao paciente que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo, data de nascimento e nome da mãe completo. SEMPRE verificar essas informações na etiqueta e/ou filipeta de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível. NUNCA perguntar ao paciente, exemplo: "você é o Sr. Silva?" Porque o paciente pode não compreender e concordar por engano. NUNCA supor

que o paciente está no leito/cadeira correta ou que a etiqueta com o nome completo acima do leito/cadeira está correta, sempre realizar a confirmação.

7.5 Colocação e remoção

Em casos de pacientes que deem entrada pelo guichê de atendimento, a colocação da etiqueta será feita pela recepção central/acolhimento no HALL ou em qual recepção ele for identificado, pelo atendente responsável por realizar o cadastro do paciente/recepção inicial. O processo de remoção será feito pelo vigilante/segurança ou no Hall na saída do paciente após a finalização de todo atendimento. Após remoção a etiqueta deverá ser descartada.

7.6 Transferências de Pacientes

Em caso de transferência para outro serviço de saúde ou remoção para procedimentos externos, o paciente deverá estar identificado.

8. RESPONSABILIDADES

É de responsabilidade do atendente da recepção do Hall a impressão, o fornecimento e a colocação da identificação em pacientes que deem entrada pelo guichê de atendimento.

É de responsabilidade de todos os profissionais checar os dados registrados na etiqueta/filipeta antes de quaiquer atendimento ou procedimento. Além disso, todos devem se envolver e se comprometer com o processo de identificação do paciente, avisando à equipe de Enfermagem quanto à ilegibilidade dos dados, necessidade de revisão do processo ou para sua recolocação.

É de responsabilidade de todas as lideranças de equipe transdisciplinar o conhecimento e comprometimento com a rotina de identificação correta do paciente, orientando seus membros quanto à exigência da identificação e checagem prévia para cada atendimento ou procedimento.

8.1 Atribuições da Equipe do Guichê de Atendimento da Recepção Central.

- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar o cadastro/ficha de primeiro atendimento do paciente no sistema, por documento com foto;
- Emitir a etiqueta de identificação do paciente e conferir se está com os dados legíveis;
- Confirmar com os documentos e com o paciente ou responsável se as informações da etiqueta estão corretas (Solicitar ao paciente ou acompanhante que ele mesmo faça a conferência);
- Colocar a etiqueta no tronco superior direito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto à finalidade da sua identificação e a necessidade de seu uso durante todo o período na unidade;
- Em caso de necessidade de troca/reposição, emitir uma nova etiqueta e entregar à unidade solicitante.

8.2 Atribuições da Equipe de Enfermagem

- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto à finalidade da sua identificação e a necessidade de seu uso durante todo o período na unidade;
- Checar as informações da etiqueta/filipeta antes de qualquer atendimento ou procedimento, garantindo que é o paciente certo.

8.3 Atribuições de Todos os Profissionais

- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Verificar se o paciente está com a etiqueta e se ela está com as informações legíveis. Em casos de falta de etiqueta ou ilegibilidade dos dados, comunicar à equipe de enfermagem para providenciar uma nova etiqueta;
- Checar as informações da etiqueta/filipeta antes de qualquer atendimento ou procedimento, garantindo que é o paciente certo.

8.4 Atribuições da Equipe de Vigilância/Segurança

- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Liberar a saída do paciente.

9. Especificações da etiqueta de identificação do paciente/acompanhante/visitante

- Fixadores – os fixadores não devem pressionar a pele;
- Material – o material da etiqueta de identificação deve ser flexível, liso, impermeável e não-alergênico.
- Fáceis de utilizar por todos os profissionais que possam ter a responsabilidade pela emissão, aplicação e verificação das etiquetas de identificação;
- Não deve agarrar no equipamento ou nos dispositivos, inclusive nos acessos venosos.

9.1 Registro dos Identificadores do Paciente:

- Fácil de ler;
- Durável e não se desgastar durante toda a permanência do paciente no serviço de saúde, considerando a sua substituição, sempre que recomendada;
- A mesma disposição, ordem e estilo da informação devem ser usados em todas as etiquetas de identificação do paciente de uma mesma unidade de saúde a fim de garantir a padronização. Isso facilita a leitura das etiquetas de identificação, evitando erros;
- Os identificadores devem ter um tamanho e estilo de fonte de fácil leitura, devendo ser evitados o itálico, o estilo simulando o manuscrito e os tipos de fonte ornados;
- Uma fonte comum deve ser utilizada com tamanho mínimo entre 12 e 14 tamanho.

10. NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Todos os incidentes envolvendo identificação incorreta do paciente devem ser notificados ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente ou no próprio setor, através do formulário de notificação de eventos adversos (via QR Code /**ANEXO III** ou link do formulário: https://forms.gle/TK7fMKuc3Nou7fyy6), de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço.

A implementação das recomendações geradas pelas investigações deve ser monitorada pelo próprio serviço de saúde.

11.AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Paciente sem identificação	Providenciar identificação correta do paciente – abrir Notificação junto ao NQSP.
Paciente com identificação incorreta	Providenciar identificação correta do paciente – abrir Notificação junto ao NQSP.
Paciente com identificação ilegível	Providenciar identificação correta do paciente – abrir Notificação junto ao NQSP.

12. INDICADORES

O indicador tem o intuito de mensurar a efetividade do protocolo de IDENTIFICAÇÃO CORRETA, o qual é alimentado conforme descreve a fluxo de identificação correta e a tabela de indicadores presente no ANEXO I e II.

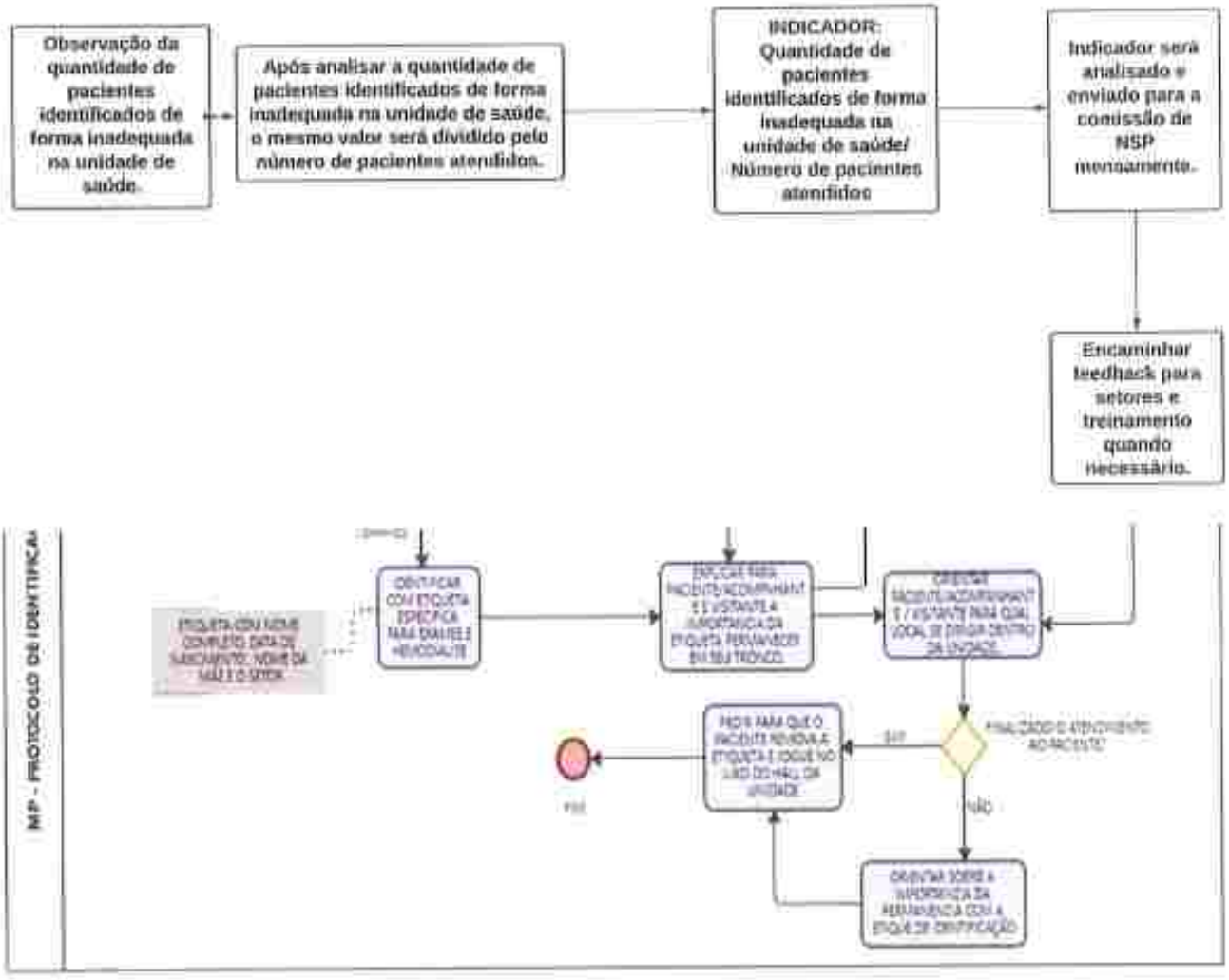
Tipo de indicador: Efetividade

Período de coleta: Mensal

Número de notificação de eventos adversos relacionados a IDENTIFICAÇÃO INCORRETA/ Número total de pacientes atendidos X 100

Percentual de incidentes devido às falhas de identificação do paciente. Conforme gráfico exposto em anexo IV.

13. MAPEAMENTO DE PROCESSO DO PROTOCOLO



FLUXO DE INDICADORES DE NOTIFICAÇÃO CORRETA

TABELA DO INDICADOR DE IDENTIFICAÇÃO INCORRETA COM FÓRMULA

Mês/2023	Quantidade de pacientes identificados de forma incorreta	Quantidade total de pacientes atendidos	Indicador de identificação efetiva
Janeiro			#DIV/0!
Fevereiro			#DIV/0!
Março			#DIV/0!
Abril			#DIV/0!
Maio			#DIV/0!
Junho			#DIV/0!
Julho			#DIV/0!
Agosto			#DIV/0!
Setembro			#DIV/0!
Outubro			#DIV/0!
Novembro			#DIV/0!
Dezembro			#DIV/0!

15. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/ANVISA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 2013, 168p.

Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do cliente em serviços de saúde e dá outras providências.

Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – série Segurança do Cliente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: ANVISA, 2014.

16. ANEXO

ANEXO 1

SIGLÁRIO PARA DOCUMENTOS UNIDADE

ACUPU - Acupuntura
AD - Ass. Diretoria
ADM - Administração
ALIM - Alergia/imunologia
AMB - Ambulatório
ANEST - Serviço de anestesiologia
AS - Ass. Adm. Sipef
AUD - Audiometria
AUDT- Auditoria
AX - Almoxarifado
BIOUL - Biometria Ultrassônica
CAMP - Campimetria
CARD - Cardiologia
CARPM - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos
CCIA -Comissão de Controle e Infecção Ambulatorial
CE - Coord. Enfermagem
CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEE - Comissão de Ética de Enfermagem
CEMED - Comissão de Ética Médica
CFT- Comissão de Farmácia e Terapêutica
CG - Contrato de Gestão
CIPA - Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial
CIRCVAS - Cirurgia Cardiovascular
CIRG - Cirurgia Geral
CIRPED - Cirurgia Pediátrica
CIRPLA - Cirurgia Plástica
CIRVAS - Cirurgia Vascular
CITO - Cistoscopia

CLG - Clínica Geral
CMA - Cirurgias Menores Ambulatoriais
CME - Central de Material e Esterilização
CM – Comissão de Ética Multidisciplinar
CI - Comunicado Interno
CO - Coord. Operacional
COLO - Colonoscopia
COLP - Colposcopia
COMP – Compras
COORD.UNID. - Coordenação Unidade
CPR - Comissão de Proteção Radiológica
CRE - Complexo Regulador Estadual
CRO - Cronograma
CT – Controladoria
CVO- Comissão de Verificação de Óbito
DERMA - Dermatologia
DO – Declaração de Óbito
DOPV - Doppler Vascular
DP - Departamento Pessoal
DTC – Diretriz Clínica
EC - Eng. Clínica
ECG - Eletrocardiografia
ECO - Ecocardiografia
EDA - Endoscopia
EEG - Eletroencefalografia
EI - Exames de Imagem
EM - Esp. Médicas
ENDDA - Endoscopia Digestiva Alta
ENDINF - Endocrinologia Infantil
ENDOC - Endocrinologia
ENF – Enfermagem
ENGC - Engenharia Clínica

ENGP - Engenharia Predial
ENMG - Eletroneuromiografia
ESPIR - Espirometria
EV – Eventos Adversos
FIS - Fisiatria
FISIO - Fisioterapia
FLU - Fluxograma
FM - Farmácia
FONO - Fonoaudiologia
FT - Faturamento
GASTRO - Gastroenterologia
GC - Gestão de Cuidados
GENECL - Genética Clínica
GER - Geriatria
GINECO - Ginecologia
GM - Gerência Médica
GQ - Gestão da Qualidade
HD -Hemodiálise
HEMA - Hematologia
HIG - Higiene
HOLTER - Holter/MAPA
INFEC - Infectologia
INST - Institucional
LAV – Lavanderia
LAU - Laudo
LIS – Lista
LB - Laboratório
LP –Limpeza
MAMO – Mamografia
MAN - Manual
MAPR - Mapeamento de Retina
MASTO - Mastologia

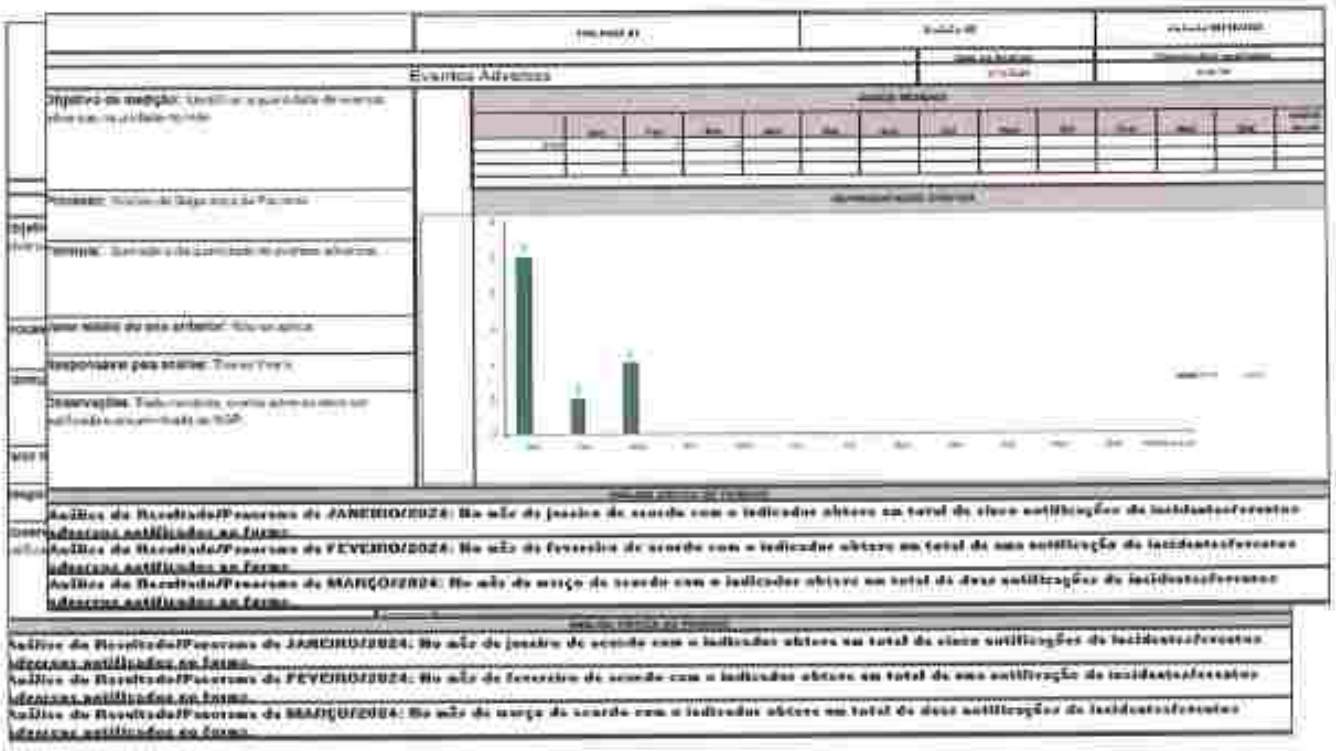
MEDF- Medicina da Família
MEDT - Medicina do Trabalho
MP - Multiprofissionais
MT - Manutenção
NEFRO - Nefrologia
NEPE - Núcleo de Ensino e Pesquisa e Extensão
NEUCIR - Neurocirurgia
NFC - Nasofibroscopia
NIR - Núcleo Interno de Regulação
NOR - Norma
NQ - Núcleo de Qualidade
NSP - Núcleo de Segurança do Paciente
NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
OBST - Obstetrícia
ODONT - Setor de Odontologia
OFT - Oftalmologia
ONCO - Oncologia
ORTINF - Ortopedia Infantil
ORTO/TR - Ortopedia/Traumatologia
ORG – Organograma
OTORRINO - Otorrinolaringologia
OV - Ouvidoria
PAC - Plano Anual de Capacitação
PC- Patologia Clínica
PED - Pediatria
PGRSS - Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PGM - Programa
PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PLA - Plano
PNEUINF - Pneumologia Infantil
PNEUMO – Pneumologia
PRJ – Programa de Transformação

POL - Política
POP - Procedimento Operacional Padrão
PRO - Protocolo
PSI - Psiquiatria
PSIC - Psicologia
RC - Recepção
REG - Regimento Interno
RGU - Regulamento
REU - Reumatologia
RH - Recursos Humanos
RS - Radiologia Simples
SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAIS - Superintendência de Atenção Integral à Saúde
SAME - Serviço de Arquivo Médico
SAU-Serviço de Atendimento ao Usuário
SCIRAS - Setor de Controle de Infecção relacionada a Assistência de Saúde
SES/GO - Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
SESMT - Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho
SG - Segurança
SGRSS - Serviço de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
SND - Serviço de Nutrição e Dietética
SS - Serviço Social
TESTERG - Teste Ergométrico
TI - Tecnologia da Informação
TONO - Tonometria
TORTP - Teste Ortóptico
TR - Transporte
UBS - Unidade Básica de Saúde Municipal
UESF - Unidade de Estratégia de Saúde da Família
UM - Unidade Móvel
URO - Urodinâmica
UROL - Urologia
USG - Ultrassonografia

ANEXO II

FICHA TÉCNICA DO INDICADOR	
Título: Número de notificação relacionada a identificação	
Origem: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos	
Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Efetividade	
Descrição do numerador: Número de notificação relacionada a identifi-cação	Descrição do denominador: Número de notificações X 100
Base de cálculo: Número de notificação relacionada a identificação/ Número de notificações X 100 na unidade Policlínica.	
Média: Não se aplica	
Definição de termos: Identificação: termo utilizado para a segurança do paciente em seus procedimentos e atendimentos dentro da unidade.	
Limitações: subnotificação de incidentes/eventos adversos, falta de notificação de identifica-ção errada ou etiquetas danificadas	
Fonte dos dados: Todos os setores da unidade **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**	

ANEXO III – QR CODE DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS:





ANEXO IV – INDICADOR

4.PROTOCOLO SEGURANÇA DO PACIENTE: COMUNICAÇÃO EFETIVA

1. OBJETIVO

Instituir e promover o protocolo de comunicação efetiva, o qual é um elemento essencial para qualificação da assistência na unidade. A implantação do protocolo visa mitigar os riscos de incidentes/danos, desenvolver uma assistência de qualidade e com segurança ao paciente, na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**. Sendo considerada prioridade na unidade, requerendo para sua implementação a adoção de ferramentas e de comportamentos padronizados para melhorar o trabalho em equipe e assegurar qualidade e segurança ao usuário.

2. DEFINIÇÕES

Comunicação é uma palavra derivada do termo latino "communicare", que significa "partilhar, participar algo, tornar comum". A comunicação efetiva, oportuna, precisa, completa, clara e compreendida pelo receptor deve ser adotada por todos os profissionais da equipe de saúde visando a excelência das práticas assistenciais dentro na unidade de saúde.

A comunicação pode ser de forma verbal, escrita, corporal e eletrônica, e em todas elas se faz necessário implementar ferramentas para garantir uma comunicação efetiva. Visto que as falhas nos processos de comunicação eletrônica, verbal e escrita essas são reconhecidas como contribuintes para a ocorrência de eventos adversos, inclusive de óbitos.

Portanto, esse protocolo tem a finalidade de facilitar a comunicação através do uso de ferramentas que devem ser aplicadas na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**, com o intuito de minimizar a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados a falha de comunicação entre a equipe.

3. SIGLAS

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente;

NQ – Núcleo de Qualidade;

CI – Comunicado Interno;

EV – Eventos Adversos;

SCIRAS - Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

SESMT – Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho;

SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário;

SS – Serviço Social;

OV – Ouvidoria;

NEP – Núcleo de Educação Permanente;

NIA – Núcleo Interno de Agendamento.

4. RESPONSABILIDADE DAS TAREFAS/ETAPAS:

Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
Comunicação visual, televisores, com disponibilização da senha e informações.	Supervisora de Recepção /Recepcionista / TI / Sistema
Comunicar verbalmente, claramente e objetivamente, adequando a linguagem ao paciente, (conteúdo e tom de voz). Conhecer os limites seguros para a adoção da comunicação verbal na prática assistencial.	Todos os profissionais
Aplicar a ética no processo de comunicação. Demonstrar respeito pelas diferenças culturais, étnicas, espirituais, emocionais e as relacionadas com a idade do paciente, demonstrar respeito pelos valores, crenças e preocupações do paciente.	Todos os profissionais
Melhorar a comunicação escrita e digital entre os colaboradores, realizar a comunicação através do comunicado	Toda equipe

interno (CI). Nos grupos destinados, realizar a comunicação de forma clara e objetiva, para que todos possam compreender.	

5. PÚBLICO-alvo

O protocolo é destinado a todos colaboradores, prestadores de serviços e usuários, no qual utilizam dos serviços ofertados na unidade **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**

6. APLICAÇÃO

Todos os setores da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**

7. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Na presença da demanda de garantir uma comunicação efetiva, clara, precisa, completa e sem ambiguidade para o usuário e equipe o Núcleo de Segurança do Paciente vem implementando os procedimentos operacionais e protocolos específicos em determinadas situações da assistência a fim de alcançar a melhoria da efetividade na comunicação.

Deve ser utilizado algumas ferramentas para promover a comunicação efetiva, como o checar de volta, ou seja, após você realizar uma orientação ao paciente, perguntar ao mesmo se ele conseguiu compreender, solicitando que ele te explique, possibilitando confirmar a efetividade da informação repassada.

7.1 CANAL

CANAL	FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO	O QUE COMUNICAR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE
Consulta	Mensagens: verbal e não verbal, escrita/eletrônica (receitas, pedidos de	Estado de saúde, conduta a ser adotada, razão da solicitação de exames e indicação de outros procedimentos. Riscos associados à assistência à saúde;

	exames, encaminhamento); Guia do acompanhante; Folder; Manual; Cartaz;	Metas de Segurança; Direitos e autorizações; Protocolos institucionais.
E-mail institucional	Memorando; Comunicado Interno; Boletim Informativo; Notícia; Alertas sanitárias; Convite; Protocolo; Norma; Rotina; Fluxograma; Procedimento operacional Padrão; Indicadores.	Atualização e publicação de protocolos, fluxos, POP e rotinas. Normas Capacitações Informações da Anvisa, OPAS e Ministério da Saúde. Alertas Informações epidemiológicas.
Digital	Site; Skype; Televisão; WhatsApp.	Informação ao paciente; Comunicação Efetiva entre equipe; Fornecimento visual de senha; Agendamento e canal para sanar dúvidas.
Livros de ocorrência	Linguagem escrita Formulário de intercorrência;	Informações críticas para a continuidade do cuidado seguro ao paciente.
Prontuário físico e/ou eletrônico	Folha sala História Clínica Evolução; Prescrição; Laudo de exames; Parecer; Protocolo; Encaminhamentos; Ficha de utilização de Antimicrobianos; Declaração de óbito.	Identificação do paciente; Nome social; Riscos associados ao cuidado e ao paciente; Riscos associados ao uso de tecnologias (ex: próteses); Preocupações dos profissionais; Alergias; Uso de medicamentos, sangue e hemocomponentes/necessidade de monitoramento especial do paciente; Informações de resultados críticos de imagens e exames Eventos adversos; Condições que requerem cuidado ou atenção especial; Necessidade de suporte adicional do psicólogo, Fisioterapeuta e Assistente social, ao paciente e família.

7.2 TRANSMISSÃO/TRANSFERÊNCIA DE INFORMAÇÃO NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO

A transmissão das informações deve ser realizada nas seguintes formas:

- Passagem de quadro do paciente, presencial e no registro de livro ata de intercorrência/ prontuário físico a cada troca de turno para todas as categorias profissionais com atualização do senso uma vez ao dia, **no setor de hemodiálise**;

- Visitas interdisciplinares com o envolvimento da equipe (Núcleos, Gerências, entre outros) e, quando possível, do paciente e/ou familiares, **no setor de hemodiálise**;

- Discussões interdisciplinares para construção de plano de ação pós-evento adverso grave ou never events com equipe do NSP e convidados;

- Comunicação entre a equipe da recepção e médicos via aplicativo Skype, visando melhorar a comunicação entre a equipe, e solucionar e sanar as dúvidas com agilidade;

- Rondas semanais em setores envolvendo toda a equipe multiprofissional e a gestão;

- Rondas nos setores enfermeira (o) da SCIRAS e SESMT;

- O uso do SBAR leva a equipe a formular informações com o nível certo de detalhes. A utilização da ferramenta aplica-se no setor de hemodiálise. A ferramenta SBAR é realizada utilizando alguns elementos, como: SITUAÇÃO, BACKGROUND/ HISTÓRIA PRÉVIA, AVALIAÇÃO e RECOMENDAÇÃO, funcionam como um check-list que garante que a troca de informações será completa para garantir a segurança do paciente.

S - Situação	✓ Identifique-se na unidade de onde você está chamando; ✓ Identifique o paciente pelo nome e o motivo da sua comunicação.

	✓ Descreva sua preocupação. (Um relato conciso da situação atual, o que está acontecendo com o paciente?).
B - Background (contexto)	✓ Explicar histórico médico significativo. ✓ Informações pertinentes do caso do paciente: diagnóstico, data de admissão, procedimentos prévios, medicamentos atuais, alergias, resultados laboratoriais pertinentes e outros resultados diagnósticos relevantes. Para esta parte do processo você precisa ter coletado informações e anotações no prontuário do paciente.
A - Assessment (avaliação)	✓ Avaliação e estratificação do caso, fornecendo dados reais para tomada de decisão. ✓ Sinais vitais. ✓ Observações clínicas, preocupações.
R- Recommendation (recomendação)	✓ Explique o que você precisa - seja específico sobre solicitação e prazo. ✓ Dê sugestões (ex: Paciente necessita ser avaliada pelo médico). ✓ Esclareça as expectativas.

7.3 REGISTRO EM PRONTUÁRIO

O registro em prontuário é um dos meios de comunicações, e que mais causa impacto na segurança do paciente, quando este é assertivo, uma vez que informação legítima, descrita com clareza é indispensável para uma assistência segura. No entanto torna-se necessário que os registros em prontuários sejam completos, atualizados, precisos, fidedignos, legíveis e com terminologia própria da profissão.

- A utilização de siglas e abreviatura devem seguir a lista padronizada da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**. (ver Siglário em Anexo)

- As prescrições medicamentosas e de assistência de enfermagem devem ser checadas com nome e carimbo do profissional que presta o cuidado.

- Registrar todas as atividades assistenciais prestadas ao paciente no Sistema de Prontuário Eletrônico MV, formulários e prontuário físico (Setor de Hemodiálise).

- Utilizar os recursos de comunicação visual/escrita para identificação do paciente de acordo com "Protocolo Segurança do Paciente: Identificação do Paciente da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**

- Promover feedback em casos de dúvidas decorrentes da falta de clareza na comunicação.

- Preencher os formulários institucionais padronizados: Livro de ocorrência da unidade, formulário de incidentes e eventos adversos, livro de registro de intercorrências (Salas de Estabilização).

- Notificar os eventos adversos relacionados as falhas na comunicação entre os profissionais de saúde no formulário de notificação.

7.4 NÚCLEO INTERNO DE AGENDAMENTO DE RETORNO E INTERCONSULTA

- O Núcleo Interno de Agendamento (NIA) realiza diariamente o agendamento de retorno e Interconsulta, através de ligação e/ou via aplicativo WhatsApp.

- Lançar dados na lista de espera de acordo com a especialidade;

- Comunicar com o usuário de forma clara e concisa;

- Explicar e orientar o usuário quando houver necessidade de realizar algum preparo para determinado exame.

7.5 OUVIDORIA

Unidade administrativa integrada ao Sistema Único de Saúde, cuja missão é viabilizar os direitos dos usuários de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS. Sua função é intermediar as relações entre os usuários e os gestores do SUS, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e

a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania. O papel da ouvidoria é garantir ao usuário que sua demanda será efetivamente considerada e tratada, tendo como direcionamento os direitos constitucionais e legais.

Os meios de comunicação utilizados são: atendimento presencial, busca ativa na unidade, via ligação e e-mail, formulário de pesquisa e satisfação, Sistema ouvidor SUS e site institucional.

7.6 NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

A comunicação é uma das principais ferramentas para garantir qualidade e segurança no atendimento, diante do exposto observa-se a necessidade e importância de notificar quando ocorre algum incidente e evento, visando mitigar o risco de danos e incidentes aos usuários.

Por tanto problemas de comunicação podem gerar atos inseguros pertencentes a três categorias:

- Sendo a primeira, falha no sistema em que o canal de comunicação não existe, não funciona ou não é regulamentado, ou seja, a informação não é passada de forma segura, com eficácia e se perde;
- Fracasso na emissão das mensagens (canal existe, mas a informação não é transmitida, ou seja, não há um repasse da mensagem com segurança aos demais);
- Falhas na recepção (informação foi transmitida, mas o receptor a interpretou de forma equivocada ou com atraso).

Todos os incidentes com dano ou sem danos ao paciente devem ser notificados, visando realizar uma investigação que promova a melhoria contínua dos processos de prevenção e mitigação de riscos. A notificação de eventos adversos é essencial para a segurança do paciente e principalmente para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente na unidade.

Portanto, todos os colaboradores e prestadores de serviços, usuários (acompanhante e paciente) podem realizar a notificação pois possuem acesso ao formulário de notificações de incidentes por meio de: Formulários físicos que ficam disponíveis em cada setor, ouvidoria e escritório de qualidade.

8. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Falta de conhecimento do protocolo	Coordenador deverá realizar o levantamento no setor e solicitará treinamento ao NSP
Falta de adesão da equipe na utilização de ferramentas de comunicação	Realizar notificação de incidentes através do formulário disponibilizado em todos os setores.
Falha na comunicação com o paciente	Manter o diálogo claro e conciso com o paciente e acompanhante, explicar, ler as orientações juntamente com o mesmo, e realizar a conferência, ou seja, dupla checagem, se o paciente conseguiu compreender.
Falha na Comunicação Escrita	Realizar treinamentos rotineiramente, visando qualificar a todos quanto a comunicação escrita, mantendo a estrutura documental.

9. INDICADORES

O indicador tem o intuito de mensurar a efetividade do protocolo de comunicação, o qual é alimentado conforme descreve a ficha de indicador (ANEXO II)

Tipo de indicador: Efetividade

Período de coleta: Mensal

Número de notificação relacionada à comunicação/ Número de notificações X 100

10.MAPEAMENTO DE PROCESSO DO PROTOCOLO

11. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

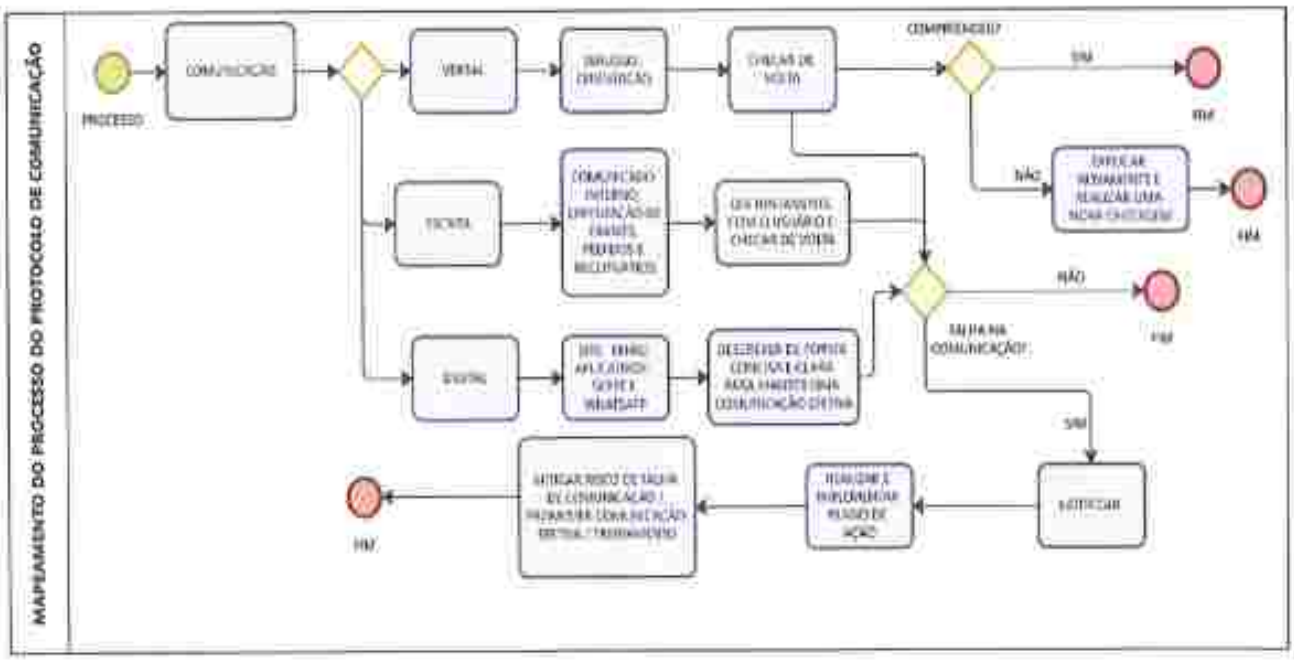
BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 01: Protocolo Prevenção de Quedas. Ministério da Saúde, Avisa, Fiocruz. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente, p. 1 – 14. [acesso em 02 de fev de 2022]. Disponível em:ttps://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf.

12. ANEXO

ANEXO 1

SIGLÁRIO PARA DOCUMENTOS UNIDADE

ACUPU - Acupuntura
AD - Ass. Diretoria
ADM - Administração
ALIM - Alergia/Imunologia
AMB - Ambulatório



ANEST - Serviço de anestesiologia
AS - Ass. Adm. Sipef
AUD - Audiometria
AUDT- Auditoria
AX - Almoxarifado
BIOUL - Biometria Ultrassônica
CAMP - Campimetria
CARD - Cardiologia
CARPM - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos
CCIA -Comissão de Controle e Infecção Ambulatorial
CE - Coord. Enfermagem
CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEE - Comissão de Ética de Enfermagem
CEMED - Comissão de Ética Médica
CFT- Comissão de Farmácia e Terapêutica
CG - Contrato de Gestão
CIPA - Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial
CIRCVAS - Cirurgia Cardiovascular
CIRG - Cirurgia Geral
CIRPED - Cirurgia Pediátrica
CIRPLA - Cirurgia Plástica
CIRVAS - Cirurgia Vascular
CITO - Cistoscopia
CLG - Clínica Geral
CMA - Cirurgias Menores Ambulatoriais
CME - Central de Material e Esterilização
CM – Comissão de Ética Multidisciplinar
CI - Comunicado Interno
CO - Coord. Operacional
COLO - Colonoscopia
COLP - Colposcopia
COMP – Compras

COORD.UNID. - Coordenação Unidade
CPR - Comissão de Proteção Radiológica
CRE - Complexo Regulador Estadual
CRO - Cronograma
CT – Controladoria
CVO- Comissão de Verificação de Óbito
DERMA - Dermatologia
DO – Declaração de Óbito
DOPV - Doppler Vascular
DP - Departamento Pessoal
DTC – Diretriz Clínica
EC - Eng. Clínica
ECG - Eletrocardiografia
ECO - Ecocardiografia
EDA - Endoscopia
EEG - Eletroencefalografia
EI - Exames de Imagem
EM - Esp. Médicas
ENDDA - Endoscopia Digestiva Alta
ENDINF - Endocrinologia Infantil
ENDOC - Endocrinologia
ENF – Enfermagem
ENGC - Engenharia Clínica
ENGP - Engenharia Predial
ENMG - Eletroneuromiografia
ESPIR – Espirometria
EV – Eventos Adversos
FIS - Fisiatria
FISIO - Fisioterapia
FLU - Fluxograma
FM - Farmácia
FONO - Fonoaudiologia

FT - Faturamento
GASTRO - Gastroenterologia
GC - Gestão de Cuidados
GENECL - Genética Clínica
GER - Geriatria
GINECO - Ginecologia
GM - Gerência Médica
GQ - Gestão da Qualidade
HD -Hemodiálise
HEMA - Hematologia
HIG - Higiene
HOLTER - Holter/MAPA
INFEC - Infectologia
INST - Institucional
LAV – Lavanderia
LAU - Laudo
LIS – Lista
LB - Laboratório
LP –Limpeza
MAMO – Mamografia
MAN - Manual
MAPR - Mapeamento de Retina
MASTO - Mastologia
MEDF- Medicina da Família
MEDT - Medicina do Trabalho
MP - Multiprofissionais
MT - Manutenção
NEFRO - Nefrologia
NEPE - Núcleo de Ensino e Pesquisa e Extensão
NEUCIR - Neurocirurgia
NFC - Nasofibroscopia
NIR - Núcleo Interno de Regulação

NOR - Norma
NQ - Núcleo de Qualidade
NSP - Núcleo de Segurança do Paciente
NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
OBST - Obstetrícia
ODONT - Setor de Odontologia
OFT - Oftalmologia
ONCO - Oncologia
ORTINF - Ortopedia Infantil
ORTO/TR - Ortopedia/Traumatologia
ORG – Organograma
OTORRINO - Otorrinolaringologia
OV - Ouvidoria
PAC - Plano Anual de Capacitação
PC- Patologia Clínica
PED - Pediatria
PGRSS - Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PGM - Programa
PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PLA - Plano
PNEUINF - Pneumologia Infantil
PNEUMO – Pneumologia
PRJ – Programa de Transformação
POL - Política
POP - Procedimento Operacional Padrão
PRO - Protocolo
PSI - Psiquiatria
PSIC - Psicologia
RC - Recepção
REG – Regimento Interno
RGU - Regulamento

REU - Reumatologia
RH - Recursos Humanos
RS - Radiologia Simples
SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAIS - Superintendência de Atenção Integral à Saúde
SAME - Serviço de Arquivo Médico
SAU-Serviço de Atendimento ao Usuário
SCIRAS – Setor de Controle de Infecção relacionada a Assistência de Saúde
SES/GO - Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
SESMT - Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho
SG - Segurança
SGRSS - Serviço de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
SND - Serviço de Nutrição e Dietética
SS - Serviço Social
TESTERG - Teste Ergométrico
TI - Tecnologia da Informação
TONO - Tonometria
TORTP - Teste Ortóptico
TR - Transporte
UBS - Unidade Básica de Saúde Municipal
UESF - Unidade de Estratégia de Saúde da Família
UM - Unidade Móvel
URO - Urodinâmica
UROL - Urologia
USG - Ultrassonografia

ANEXO II

FICHA TÉCNICA DO INDICADOR
Título: Número de notificação relacionada a comunicação
Origem: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos

Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Efetividade	
Descrição do numerador: Número de notificação relacionada a comunicação	Descrição do denominador: Número de notificações X 100
Método de cálculo: Número de notificação relacionada a comunicação/ Número de notificações X 100 na unidade Policlínica.	
Média: Não se aplica	
Definição de termos: Comunicação: significa tornar comum, compartilhar, trocar opiniões, associar, conferenciar. O ato de comunicar implica em trocar mensagens, que por sua vez envolve emissão e recebimento de informações. A comunicação efetiva é aquela que produz um efeito real, positivo, quando uma mensagem transmitida do emissor para o receptor é compreendida sem ruído, resultando na execução correta da atividade ou ação comunicada.	
Limitações: subnotificação de incidentes/eventos adversos.	
Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica.	

5.Protocolo Segurança do paciente: Prescrição, uso e administração de medicamentos

1. OBJETIVO

Instituir e promover o protocolo de Segurança na Prescrição, uso e administração de medicamentos, que terá efetividade nas práticas seguras no uso de medicamentos e prevenir erros e riscos de danos, identificar seus determinantes e promover ações de melhoria relacionadas a falhas no processo de prescrição, uso e administração segura de medicamentos na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.**

2. DEFINIÇÕES

Uso seguro de medicamentos: inexistência de injúria acidental ou evitável durante o uso de medicamentos. A utilização segura engloba atividades de prevenção

e minimização dos danos provocados por eventos adversos que resultam do processo de uso dos medicamentos.

Erro de medicação: é qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, de paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar danos ao paciente. Os erros de medicação podem ser relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos.

Erro de Prescrição: define-se Erro de Prescrição, quando o medicamento é prescrito: com nome comercial; sem dose ou com unidades não métricas; em sobredose; em sub dose; com dose diferente da apresentação disponível; sem posologia; sem via de administração; sem o tipo de diluente ou diluente inadequado; sem tempo de infusão ou tempo de infusão inadequado; sem velocidade de infusão ou velocidade de infusão inadequada; utilizando-se abreviaturas inapropriadas; contraindicado; alergias; interações; duplicidade mesmo medicamento prescrito duas vezes; duplicidade terapêutica medicamento da mesma classe.

Erro de Dispensação: define-se Erro de Dispensação, quando o medicamento é dispensado: diferente do prescrito; não prescrito e dispensado; concentração/dosagem dispensada diferente podendo ser maior ou menor que a prescrita; nenhuma dose dispensada; com alterações nas características físicas e organolépticas; com armazenamento em temperatura inadequada; com danos na embalagem; sem identificação ou ilegível; com prazo de validade expirado.

Erro de Administração: define-se Erro de Administração, quando o medicamento é administrado: ao paciente errado; administrado errado; sem necessidade; omitido; dose omitida; com dose maior que a prescrita; com dose menor que a prescrita; com dose duplicada; pela via errada; com forma farmacêutica errada; com erro de preparo, manipulação e/ou acondicionamento; tempo de infusão divergente do prescrito; velocidade de infusão errada; administração simultânea de medicamentos incompatíveis; em via correta, porém lateralidade incorreta; fracionar ou triturar inadequadamente formas farmacêuticas sólidas; em horário errado; com frequência errada; com data de validade expirada; deteriorado; com alergia referida; diferente do prescrito; registro incorreto.

Medicamentos potencialmente perigosos-MPP: também chamados de medicamentos de alta vigilância, são definidos como medicamentos que apresentam grande risco de provocar danos

Significativos aos clientes em decorrência de falhas no processo de sua utilização.

3. SIGLAS

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente;

NQ – Núcleo de Qualidade;

CI – Comunicado Interno;

EV – Eventos Adversos;

SCIRAS – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

SESMT – Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho;

SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário;

SS – Serviço Social;

OV – Ouvidoria;

MPP – Medicamentos Potencialmente Perigosos

MVA - Medicamentos de Alta Vigilância

DVA - Drogas vasoativas

DCB – Denominação Comum Brasileira

DCI - Denominação Comum Internacional

NEP – Núcleo de Educação Permanente;

4. RESPONSABILIDADE DAS TAREFAS/ETAPAS:

Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
Prescrever o medicamento pelo sistema mv/pep.	Médico assistente
Analisar prescrição pelo sistema mv/pep, pela aba de avaliação farmacêutica.	Farmacêutico
Correção de prescrição pelo sistema mv/pep.	Médico assistente
Dispensar medicamento pelo sistema mv.	Farmacêutico
Explicar para técnico de enfermagem / profissional e quando for o caso para paciente/representantes sobre medicamento dispensado.	Farmacêutico
Administrar medicamento e fazer a checagem no sistema mv/pep.	Enfermeiro
Analisar administração pelo sistema mv.	Enfermeiro
Mensurar indicadores (anexo i).	Farmacêutico e enfermeiro
Acompanhar as notificações de incidentes/eventos adversos.	Núcleo de segurança do paciente
Realizar plano de ação quando houver notificações para mitigar as falhas de prescrição, administração de medicamento seguro.	Núcleo de segurança do paciente

5. PÚBLICO-alvo

O protocolo é destinado a todos os usuários/pacientes nos setores assistenciais, que necessitam de intervenção e ou tratamento medicamentoso durante o período em âmbito ambulatorial, no qual utiliza dos serviços ofertados na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**

6. APLICAÇÃO

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamento é aplicável a todos os setores assistenciais da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**. Onde medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e em intercorrências, bem como farmácia central.

7. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

7.1 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;

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 emergências, sendo registrada posteriormente, 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.

7.2 INTERVENÇÕES

Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos;

Identificação do paciente

A identificação do paciente na prescrição ambulatorial deve conter as seguintes informações:

- Nome da instituição;
- Nome completo do paciente;
- Data de nascimento;

- Nome da mãe completo;
- Data da Prescrição.

Todos os itens de identificação do paciente de todas as prescrições devem ser legíveis (Seguindo a recomendação do protocolo, que todas as prescrições sejam realizadas via MV/PEP) e o nome do paciente deverá ser completo sem abreviações.

Identificação do prescritor na prescrição

A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade na prescrição e deve ser realizada contendo o nome completo, número de registro do conselho profissional, assinatura eletrônica e/ou em papel impresso (em situações de indisponibilidade do sistema eletrônico), neste caso este registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação conforme descrito acima.

Identificação da instituição na prescrição

Em todas as prescrições deverá constar a identificação **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**. (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato com a instituição para esclarecimentos de dúvidas, posteriores à consulta.

Identificação da data de prescrição

A data da prescrição confere a validade dela, bem como é imprescindível para dispensação e a administração dos medicamentos, sendo necessário esse registro na própria prescrição, pelo prescritor, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição.

Legibilidade

A ilegibilidade da prescrição pode comprometer a comunicação entre prescritor, paciente e demais profissionais de saúde, podendo gerar importantes e fatais erros de medicação, sobretudo a troca de medicamentos com nomes parecidos. Na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**, as prescrições são realizadas por

meio eletrônico, salvo em situações de contingência como por exemplo, sistema eletrônico indisponível, ou em situação de urgência. Também não são recomendadas prescrições manuais com uso de carbono.

Uso de abreviaturas

Recomenda-se o que os medicamentos sejam prescritos SEM o uso de abreviaturas. Como (U) para "unidades" (UI) para "unidades internacionais" bem como a utilização de fórmulas químicas como (Kcl, NaCl e outros) entre outros. Sendo assim; deve-se escrever a palavra "unidade" por extenso no lugar de "U" ou "unidade internacional" no lugar de "UI".

Para via de administração será padronizado o uso de **"EV" (endovenosa)** em vez de IV (intravenosa), em função do risco de erro de interpretação do "IV" como "IM".

Denominação dos medicamentos

Os medicamentos devem ser prescritos obrigatoriamente utilizando-se a denominação comum brasileira (DCB) e em sua ausência a Denominação Comum Internacional. (DCI).

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.

Exemplo: DOPAmina e **DOBU**tamina;

Deve-se seguir a lista de medicamentos com nomes semelhantes e/ou embalagens parecidas e que possam ser fonte de erros, padronizada pela Comissão de Padronização de Medicamentos e Núcleo de Segurança do Paciente.

Expressão de doses

As unidades de medidas não métricas como (colher, ampola, frasco) não podem ser utilizadas nas prescrições e a utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) devem ser acompanhadas de todas as informações

necessárias. Para expressar as doses desejadas, deverão ser usadas as seguintes unidades de medida:

- Gramas ou g;
- Miligramas ou mg;
- Microgramas (escrever por extenso);
- Mililitros ou ml.

Ao utilizar a forma farmacêutica (comprimido, ampola, cápsula etc.) Deve-se obrigatoriamente especificar a unidade métrica.

Alergias

Deve-se registrar com destaque (EM CAIXA ALTA) em todas as prescrições no sistema eletrônico as alergias relatadas pelo paciente, acompanhante e/ou familiares, bem como essa informação deve estar disponibilizada no display de identificação do paciente.

Informações importantes

O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para a assistência ao paciente seja segura e efetiva bem como registrar nas prescrições ambulatoriais todas as orientações sobre como utilizar o medicamento e recomendações não farmacológicas.

7.3 Padronização de medicamentos

Deve ser prescritos medicamentos que constem na Relação de Medicamentos Selecionados e Padronizados, descrita e disponibilizada, considerando que sua efetividade, segurança e custo foram previamente analisados pela Comissão de Padronização Medicamentos e Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Doses

As doses prescritas devem ser conferidas pelo prescritor antes de finalizar e assinar a prescrição.

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.

Deve-se realizar a dupla checagem na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem das doses prescritas principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância. Recomenda-se nova dupla checagem pela enfermagem antes da administração do medicamento principalmente para MPP/MAV.

A prescrição ambulatorial deverá trazer a quantidade total de unidades farmacêuticas do medicamento prescrito para o tratamento proposto. As quantidades máximas de medicamentos prescritas devem obedecer à legislação vigente.

Duração do tratamento

A prescrição ambulatorial, deverá estar indicado na prescrição de medicamentos de uso crônico a duração do tratamento, pois é necessário estabelecer um prazo para que o paciente sejareavaliado pelo médico.

A expressão "uso contínuo" ou "usar sem parar", sem prazo para o paciente ser reavaliado, **NÃO** deve ser utilizada em prescrições ambulatoriais.

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.

Posologia

Na prescrição de medicamentos as seguintes informações devem estar obrigatoriamente presentes como, doses máximas recomenda-se prescrever medicamentos com menor número de doses diárias, para maior comodidade do paciente e menores riscos de erro de administração.

Diluição

Na prescrição de medicamentos para administração por via intramuscular, endovenosa, subcutânea deverão vir acompanhados de informações sobre o diluente a ser utilizado com indicação expressa do tipo e volume.

Velocidade de infusão

Na prescrição de medicamentos por via endovenosa, deverão estar obrigatoriamente presentes as seguintes informações, velocidade e tempo de infusão, considerando as recomendações do fabricante.

Via de administração

A via de administração de medicamentos deve ser prescrita de forma clara e legível sendo que, **NÃO** é recomendado o uso de abreviaturas para a expressão das vias de administração. Caso seja necessário, observar as abreviaturas abaixo:

- **Enteral:** Via Oral (VO); Sub-lingual (SL).
- **Parenteral:** Endovenosa (EV); Subcutânea (SC); Intramuscular (IM).
- **Tópico:** Escrever por extenso.

Outras via de administração de medicamentos: Inalatório.

Modificação da Prescrição Atual ou Vigente

O prescritor deverá fazer as alterações no prontuário eletrônico e sempre que possível comunicar verbalmente a equipe de enfermagem, que deverá confirmar e verificar alteração no sistema eletrônico. A suspensão ou alteração de um medicamento na prescrição pode levar a erros 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.

Prescrições Verbais

As prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente após a situação de urgência/emergência prescrito em prontuário eletrônico.

Para essas situações em que a solicitação 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 solicitação verbal **deve** repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento.

USO OFF-LABEL

Uso off-label de Medicamento e/ou Material (art. 3º da RN 424/2017)

O medicamento chamado off-label é aquele cuja indicação do profissional assistente diverge do que consta na bula.

Exemplo:

Amitriptilina – consta na bula a indicação para uso na depressão e nada consta sobre enxaqueca sendo o uso da amitriptilina para enxaqueca fora da bula – **off label**

Atropina – consta na bula indicação para uso oftálmico, na prática clínica, o uso do colírio de **atropina** também ocorre de modo **off-label**[4] por via sublingual, com o objetivo de controlar a sialorreia, pois promove a inibição local das secreções.

O Código de Ética do Conselho Federal de Medicina(CFM) por meio da Resolução CFM nº 1.931/09 capítulo XII e parágrafo único, autoriza a prática off-label desde que o prescritor observem o que determina o parágrafo abaixo:

Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu responsável legal, esclarecido da situação e das possíveis consequências(CFM, 2009).

A Assessoria Jurídica do CFM, através do parecer nº 482/12 salienta que uso off-label de um medicamento e/ou material, é feito por conta é risco do prescritor e pode eventualmente vir a caracterizar erro médico(CFM, 2013).

O Conselho Federal de Farmácia(CFF) na Resolução 357/2002, reconhece o papel do farmacêutico na dispensação de medicamentos e atribui-lhe total autonomia na decisão de dispensar ou não, visando sempre garantir a eficácia e a segurança da terapêutica prescrita.

O Código de Ética da profissão farmacêutica, na Resolução do CFF 596/2014, estabelece que é proibido ao farmacêutico fornecer, dispensar ou permitir que sejam dispensados, sob qualquer forma, substância, medicamento ou fármaco para uso divergente da indicação para a qual foi licenciado, salvo quando baseado em evidencia ou mediante entendimento formal com o prescritor. Contudo, a prática de off label não isenta o farmacêutico do respeito à técnica, ao rigor científico e às normas legais e bioéticas vigentes no Brasil.

Pontos de Transição do Paciente

Os pontos de transição dos pacientes na unidade, da admissão à alta, são considerados críticos, pois frequentemente nessas mudanças ocorrem erros expressivos quanto as medicações utilizadas pelo paciente, tanto por omissão quanto a duplicidade de doses.

Admissão

O paciente é recebido pelo médico assistente que deverá descrever em prontuário todos os medicamentos em uso e trazidos por ele, incluindo aqueles de programas especiais, assim como deixar registrado em prontuário eletrônico aqueles que permanecerão em uso durante as sessões de hemodiálise.

Suporte eletrônico para prescrição

As prescrições devem ser realizadas utilizando o programa informatizado para prescrição de medicamentos. O programa fornecerá suporte clínico com informações sobre alergias do paciente, interações medicamentosas, apresentação e concentração padronizadas disponíveis na Instituição.

7.4 PRÁTICAS SEGURAS PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Os sistemas de Distribuição de Medicamentos em Ambulatório podem ser classificados em:

Sistema Individualizado: caracterizado pela distribuição dos medicamentos por paciente, de acordo com a prescrição médica.

Sistema Misto: caracterizado pela combinação dos Sistemas Coletivo e Individualizado coexistindo: Sistema Individualizado – utilizado nas unidades de hemodiálise, ocorrendo de forma parcial ou integral, mediante prescrição médica.

Sistema Coletivo: é utilizado nos serviços de radiologia, endoscopia, urgência, ambulatórios, entre outros, também de forma parcial ou integral, mediante requisição.

Na Unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, será utilizado o sistema de Distribuição **MISTO.**

Intervenções

A farmácia tem, entre suas importantes funções, a dispensação dos medicamentos e deve assegurar que os mesmos estejam disponíveis para administração ao paciente no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos.

A farmácia deve ter estrutura organizada, bem como processos de trabalho escritos e difundidos que promovam a prevenção, identificação e redução de erros de prescrição e dispensação. A farmácia também deve contar com recursos humanos capacitados e em número suficiente para realizar a contento suas atividades.

A dispensação deverá ser precedida pelas seguintes atividades:

- Seleção;
- Padronização;
- Aquisição;
- Recebimento;
- Armazenamento;
- Fracionamento; e

- Identificação segura dos medicamentos.

O número de apresentações e concentrações de Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP) ou de Medicamento de Alta Vigilância (MAV), padronizados na Policlínica, devem ser restrito e suas doses máximas estabelecidas e divulgadas.

ESTRATÉGIAS PARA DISPENSAÇÃO SEGURA RELACIONADA AO ARMAZENAMENTO.

O ambiente no qual é realizada a dispensação de medicamentos deve possuir as condições adequadas, como por exemplo: temperatura (com conferência diária no período matutino e vespertino em checklist realizado pelo profissional responsável do setor, e este documento deve ser armazenado e arquivado para controle e conferência da umidade e climatização) para o armazenamento e dispensação segura de medicamentos.

Restrição de Acesso

Medidas de restrição de acesso para armazenamento seguro de medicamentos deverãoser estabelecidas pelo setor.

Procedimento Operacional

A farmácia deverá possuir POP atualizado que contemple a validação/conferência do ar- mazenamento do produto certo, no local certo. Esse procedimento deve ser realizado de forma contínua e sistemática, com registro de execução, propiciando segurança aos processos de armazenamento e dispensação de medicamentos, sobretudo após devolução de medicamentos. O controle de medicamentos sob controle especial seguirá a legislação específica. O processo de dispensação de medicamentos deve possuir POP escrito, de fácil acesso, atualizado e de conhecimento de todos os profissionais da farmácia.

Armazenamento

A farmácia seguirá as boas práticas de armazenamento de medicamentos bem como definir e padronizar regras que contemplem a segurança no processo de dispensação. Sendo assim, após liberação dos medicamentos recebidos, os mesmos são acondicionados seguindo condições pré-estabelecidas: divididas por classe e forma farmacêutica sempre em ordem alfabética.

Os medicamentos são dispostos em prateleiras devidamente identificadas com o código e nome de maneira a conservá-los em condições seguras prevenindo quedas, preservando a qualidade e considerando sempre o prazo de validade seguindo o sistema PVPS (Primeiro que Vence é o Primeiro que Sai), mantendo-os separados por número de lote. Os medicamentos termolábeis são armazenados em geladeiras onde a temperatura é mantida entre 2º e 8ºC, e registradas rigorosamente duas vezes ao dia. Os medicamentos controlados pela Portaria 344/98 são acondicionados dentro de armários em uma sala identificada, seguindo as mesmas condições dos descritos acima. As Soluções Parenterais de Grande Volume SPGV) são acondicionadas em área especifica, em prateleiras, respeitando orientações sobre empilhamento do fabricante. Toda área física da farmácia e do almoxarifado possui controle de temperatura ambiente, não devendo ultrapassar 25°C e umidade registrado também rigorosamente duas (2) vezes ao dia, Quanto à limpeza de pallets, geladeiras, prateleiras, e demais locais de armazenamento deverá ser seguida as orientações do POP do setor.

Medicamentos que apresentam grafias e sons semelhantes, deverão ser identificados com etiquetas de alerta que proporcionem a escrita de parte do nome do medicamento com letras maiúsculas e em negrito, destacando-se a diferença entre nomes parecidos.

Exemplos:

LAMIvudina;

ZIDOvidina;

FARMÁCIA AMBULATORIAL

A farmácia deverá seguir às boas práticas de distribuição de medicamentos para as unidades de saúde, para controle eficiente de estoque bem como, lote, validade e quantidade garantindo sua rastreabilidade.

ESTRATÉGIAS PARA DISPENSAÇÃO SEGURA

O farmacêutico responsável deverá realizar a análise farmacêutica das prescrições conforme (Portaria GM/MS 4283/2010), sendo a primeira barreira de segurança, a identificação correta do paciente. Para tanto serão checados, nome completo do paciente, número do prontuário, unidade de internação, leito, data da prescrição, em caso do não cumprimento dessas informações a prescrição deverá ser devolvida ao setor

de origem e aberto notificação de incidentes na intranet. Também deverá ser priorizadas àquelas prescrições que contêm antimicrobianos e MPP ou MAV, observando-se concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação.

Os erros de prescrição detectados nessa etapa são notificados ao Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente.

Separação: nesta etapa, é feita a separação dos medicamentos a serem enviados conforme triagem do farmacêutico. Os colaboradores responsáveis pela separação do medicamento realizam uma terceira barreira de segurança, que é a conferência do que foi triado pelo farmacêutico. Os medicamentos destinados àquele paciente são acondicionados em embalagens e devidamente identificados por meio da etiqueta impressa.

Entrega: Nesta etapa todos os kits são entregue aos técnicos de enfermagem e é feito no momento da entrega a conferência de todos os medicamentos em cada kit de medicação conforme a prescrição médica em sistema eletrônico. Ao identificar algum erro no momento do recebimento, o kit de medicação será devolvido a farmácia para correção e aberto notificação no link do google forms ou via Qrcode de Segurança do Paciente.

A dispensação deve ser restringida por meio de ordem verbal exclusivamente para situa ções de urgência e emergência, devendo a prescrição do medicamento ser realizada imediatamente após a normalização da situação que gerou a ordem. Nesses casos, o profissional da farmácia que ouviu a ordem verbal deverá repetir o que escutou para certificar-se da informação, procedendo à dispensação e registrando sua ocorrência em formulário específico.

Para dispensação segura de medicamentos o farmacêutico deverá seguir o Procedimento Operacional Padrão – POP.

7.5 PRÁTICAS SEGURAS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Para a administração segura de medicamentos deverá ser observado a ação, interações e efeitos colaterais bem como ser seguidos todos os itens de verificação antes da administração conforme descrito sendo:

Paciente Certo

Conferir nome completo do paciente antes de administrar o

medicamento:

- Nome identificado na etiqueta,
- Confirmar com o Paciente nome completo e data de nascimento;
- Nome identificado na poltrona,
- Nome identificado no prontuário.

Recomenda-se que o profissional faça perguntas ao paciente para interação com o paciente, exemplo: "Por favor, qual seu nome completo?"

Caso o paciente apresente baixo nível de consciência, a equipe assistencial deverá conferir essas informações. Evitar, dentro do possível, que dois pacientes com o mesmo nome fiquem proximos nas poltronas do setor de hemodiálise durante as sessões.

Medicamento Certo

Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito.

Verificar se o diluente (tipo de volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração por via endovenosa.

Conferir se o paciente não é alérgico ao medicamento prescrito antes da administração, e/ou verificar no *display* de identificação localizado acima da poltrona do paciente do setor de Hemodiálise.

Via Certa

Identificar a Via de Administração Prescrita.

Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita em caso de administração por via enteral ou via parenteral.

Utilizar o injetor lateral do equipo somente quando a solução infundida não contiver medicamentos de alta vigilância.

Realizar a desinfecção com algodão embebido com álcool a 70%, friccionando três vezes o local de aplicação para administração de medicamentos por via parenteral.

Em caso de dúvidas, esclarece-las com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico antes da administração do medicamento.

Hora Certa

Garantir que a administração do medicamento seja feita sempre no horário correto para adequada resposta terapêutica.

A antecipação ou o atraso da administração (setor de Hemodiálise) em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor.

Dose Certa

Conferir atentamente a dose do medicamento prescrito. Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição: em caso de dúvida, consultar o prescritor.

Conferir a velocidade de gotejamento.

Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo para administração de medicamentos de alta vigilância. Não deverão ser administrados medicamentos em casos de prescrições com orientações vagas tais como: "fazer se necessário"sem as informações mínimas (dose, intervalo, condições para o uso).

Documentação/Registro Certo

Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento.

Checar o horário da administração do medicamento a cada dose.

Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

Orientação Certa

Orientar e instruir o paciente sobre qual o medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que

necessitam de acompanhamento e monitorização. Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será administrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.

Forma Certa

Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via de administração prescrita.

Checar se a forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente. Em caso de dúvidas quanto à forma farmacêutica e à via de administração, esclarece-las com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico antes da administração do medicamento.

Resposta Certa

Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado.

Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento.

Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e profissional.

Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrados, incluindo respostas diferentes do padrão usual.

Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados.

INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS

Executar a prática de dupla checagem por dois profissionais, para os cálculos de diluição e administração de MPP/MAV.

REMOVER do estoque das unidades os eletrólitos concentrados (especialmente cloreto de potássio injetável) e bloqueadores neuromusculares, devendo permanecer nessas unidades os MPP ou de alta vigilância que sejam absolutamente necessários para a assistência do paciente.

8. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Falha relacionada a prescrição médica	Capacitar a equipe médica e de enfermagem quanto a prescrição correta.
Falhas relacionadas a dispensação de medicamentos.	Revisar protocolo e POPs de dispensação de medicamentos e identificar pontos de melhoria no processo e capacitar equipe.
Falhas relacionadas ao preparo de medicação;	Revisar protocolo e POP, s de preparo de medicação, identificar pontos de melhoria e capacitar equipe.
Falhas relacionadas a administração de medicamentos	Revisar protocolo e POP, s de preparo de medicação e identificar pontos de melhoria e capacitar equipe.
Reações medicamentosas	Capacitar equipe e prestar assistência qualificada ao paciente.

9. INDICADORES

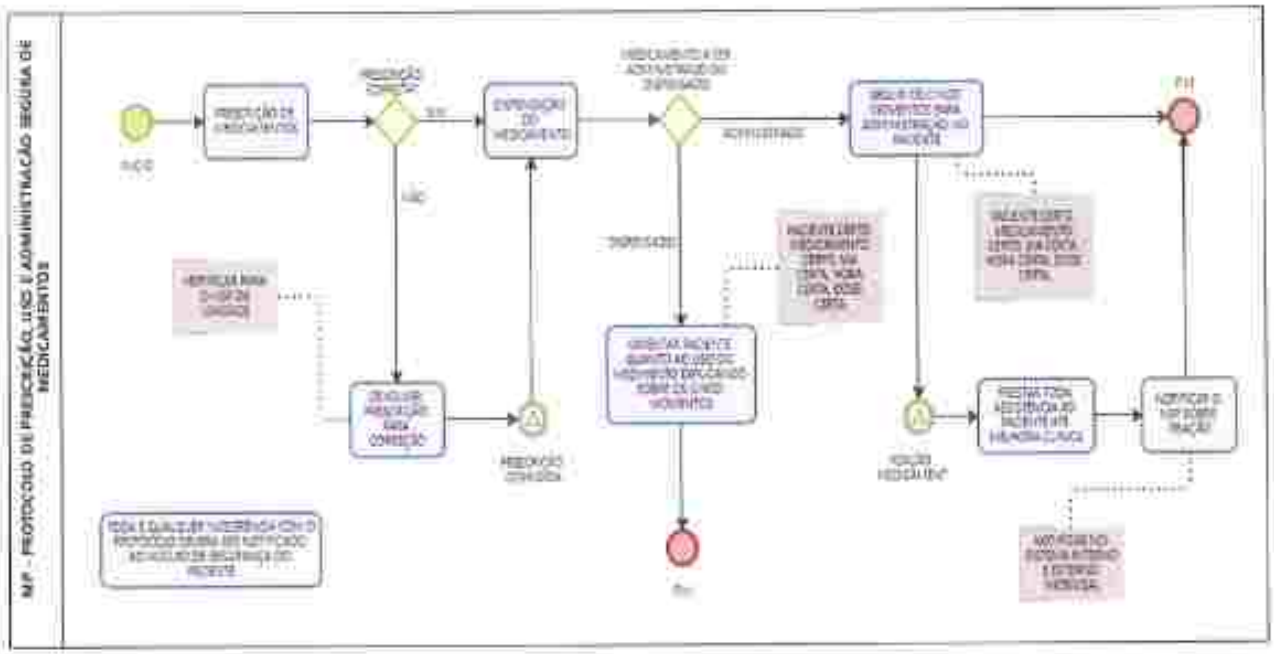
Fórmula do Indicador: nº de medicamentos prescritos com erro/ nº total de medicamentos prescritos x100

Responsável: Farmacêutico

Fórmula do Indicador: nº medicamentos dispensados com erro/ nº total de medicamentos dispensados X 100

Responsável: Farmacêutico

10. MAPEAMENTO DE PROCESSO DO PROTOCOLO



11. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO: Disponível em: www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ seguranca-na prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentosa.

BRASIL. ERROS DE MEDICAÇÃO ASSOCIADOS A ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/07/.pdf.

ISMP Brasil. 2016. 21. ISMP Brasil. Programa nacional de segurança do paciente:

12. PLANILHA DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS E DISPENSADOS:

Cod. MV	Produto	Unidade
4944	ACIDO ACETILSALICILICO COMP 100MG	COMPRIMIDO
42920	ADENOSINA SOL INJ 3MG/ML 2ML	AMPOLA

40439	ÁGUA DESTILADA SOL INJ 10ML	AMPOLA
518	ALCOOL LÍQUIDO 70% 1000ML	FRASCO
4975	AMIODARONA SOL INJ 50MG/ML 3ML	AMPOLA
8037	ANLODIPINO COMP 5MG	COMPRIMIDO
4997	ATENOLOL COMP 50MG	COMPRIMIDO
446	ATROPINA SOL INJ 0,25MG/ML 1ML	AMPOLA
5618	BICARBONATO DE SODIO SOL INJ 8,4% 10ML	AMPOLA
5621	BROMOPRIDA SOL INJ 5MG/ML 2ML	AMPOLA
4167	CAPTOPRIL COMP 25MG	COMPRIMIDO
6069	CEFAZOLINA PO P/ SOL INJ 1G	FR/ AMP
6067	CEFTAZIDIMA PO P/ SOL INJ 1G	FR/ AMP
8564	CLONIDINA COMP 0,100MG	COMPRIMIDO
5439	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 1000ML	BOLSA/FRASCO
5433	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML	BOLSA/FRASCO
5435	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 250ML	BOLSA/FRASCO
5437	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML	BOLSA/FRASCO
514	CLOREXIDINA SOL DEGERMANTE 2% 1000ML	FRASCO
14010	CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA A 0,5% 1000ML	FRASCO
34421	CLOREXIDINA SOLUCAO AQUOSA 0,2% 100ML	FRASCO
6449	CLORIDRATO DE ETILEFRINA SOL INJ 10MG/ML 1ML	AMPOLA
43003	CLORIDRATO DE PROTAMINA SOL INJ 1000UI/ML 5ML	AMPOLA
37246	COLAGENASE C/ CLORANFENICOL POMADA TUBO 30G	TUBO
18636	DIAZEPAM SOL INJ 5MG/ML 2ML (M)	AMPOLA
40885	DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA SOL INJ 50 + 50MG/ML 1ML	AMPOLA
5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	AMPOLA
4995	DOBUTAMINA SOL INJ 12,5MG/ML 20ML	AMPOLA
5623	DOPAMINA SOL INJ 5MG/ML 10ML	AMPOLA
499	EPINEFRINA SOL INJ 1MG/ML 1ML (1:1000)	AMPOLA
37275	ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SOL INJ (4MG/ML + 500MG/ML) 5ML	AMPOLA
18643	ETOMIDATO SOL INJ 2MG/ML 10ML (M)	AMPOLA
19638	FENITOINA SOL INJ 50MG/ML 5ML (M)	AMPOLA
39773	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 2ML (M)	AMPOLA
18645	FLUMAZENIL SOL INJ 0,1MG/ML 5ML (M)	AMPOLA

64394	FLUORESCEINA 1% SOL OFTALMICA 10MG/ML 5ML	FRASCO
5622	FUROSEMIDA SOL INJ 10MG/ML 2ML	AMPOLA
16372	GLICOSE SOL INJ 50% 10ML	AMPOLA
5620	GLUCONATO DE CALCIO 10% SOL INJ 10ML	AMPOLA
5030	HALOPERIDOL SOL INJ 5MG/ML 1ML (M)	AMPOLA
5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML	FR/ AMP
29937	HIDRALAZINA SOL INJ 20MG/ML 1ML	AMPOLA
5624	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 100MG	FR/ AMP
32932	ISOSSORBIDA (MONONITRATO) SOL INJ 10 MG/ML 1 ML	AMPOLA
17037	LIDOCAINA 10% SOL TOPICA SPRAY 100MG/ML 50ML	FRASCO
29943	LIDOCAINA 2% SOL INJ 20MG/ML 5ML	AMPOLA
6458	LIDOCAINA 2% SOL INJ C/ VASOCONSTRITOR 20ML	FR/ AMP
17944	LIDOCAINA GELEIA 2% TUBO 30 GRAMAS	TUBO
10084	LOSARTANA COMP 50MG	COMPRIMIDO
13173	METOPROLOL SOL INJ 1MG/ML 5ML	AMPOLA
5060	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 3ML (M)	AMPOLA
18562	MORFINA SOL INJ 10MG/ML 1ML (M)	AMPOLA
18568	NALOXONA SOL INJ 0,4MG/ML 1ML (M)	AMPOLA
34075	NITROGLICERINA SOL INJ 5MG/ML 5ML	AMPOLA
6456	NITROPRUSSIATO DE SODIO SOL INJ 25MG/ML 2ML	AMPOLA
38127	OCITOCINA SOL INJ 5UI/ML 1ML	AMPOLA
10896	OMEPRAZOL SOL INJ 40MG	FR/ AMP
12993	PARACETAMOL SOL ORAL 200MG/ML 15ML	FRASCO
5653	PROMETAZINA SOL INJ 25MG/ML 2ML	AMPOLA
42810	PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML 10ML (M)	FR/ AMP
4999	PROPRANOLOL COMP 40MG	COMPRIMIDO
5414	RINGER C/ LACTATO SOL INJ 500ML	BOLSA/FRASCO
5227	SIMETICONA SOL ORAL 75MG/ML 10ML	FRASCO
6038	SULFATO DE MAGNESIO SOL INJ 50% 10ML	AMPOLA
15044	SUXAMETONIO PO P/ SOL INJ 100MG	FR/ AMP
16371	TERBUTALINA SOL INJ 0,5MG/ML 1 ML	AMPOLA
43976	TETRACAINA + FENILEFRINA SOL OFTALMICA 10 + 1MG/ML 10ML	FRASCO
65230	TINTURA DE BENJOIM 20% 100ML	FRASCO
21006	TROPICAMIDA 1% SOL OFTALMICA 10MG/ML 5ML	FRASCO

6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	FR/ AMP

13. ANEXOS

ANEXO I – FICHA DE INDICADOR

FICHA TÉCNICA DO INDICADOR	
Título: Taxa de erros na prescrição de medicamentos	
Origem: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos e check list e MVSOUL	
Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Efetividade	
Descrição do numerador: Nº de medicamentos prescritos com erro	Descrição do denominador: Nº total de medicamentos prescritos x100
Método de cálculo: Nº de medicamentos prescritos com erro/ Nº total de medicamentos prescritos x100	
Média: > 95%	
Definição de termos: Medicamentos, erros, riscos, falhas	
Limitações: subnotificação de incidentes/eventos adversos.	
Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica.	

FICHA TÉCNICA DO INDICADOR	
Título: Taxa de erros na dispensação de medicamentos	
Origem: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos e check list e MVSOUL	
Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Efetividade	
Descrição do numerador: Nº de medicamentos dispensados com erro	Descrição do denominador:

	Nº total de medicamentos dispensados x100
Método de cálculo: Nº de medicamentos dispensados com erro/ Nº total de medicamentos dispensados x100	
Média: > 95%	
Definição de termos: Medicamentos, erros, riscos, falhas	
Limitações: subnotificação de incidentes/eventos adversos.	

ANEXO II – Lista de Medicamento de Alta Vigilância

Código	Produto	Unidade
4975	AMIODARONA SOL INJ 50MG/ML 3ML	AMP 150MG
5618	BICARBONATO DE SODIO SOL INJ 8,4% 10ML	AM P 10ML
6449	CLORIDRATO DE ETILEFRINA SOL INJ 10MG/ML 1ML	AMPOLA DE
24279	DIAZEPAM SOL INJ 5MG/ML 2ML	AMP 10MG
4995	DOBUTAMINA SOL INJ 12,5MG/ML 20ML	AMPOLA 250
5623	DOPAMINA SOL INJ 5MG/ML 10ML	AMP 50MG
499	EPINEFRINA SOL INJ 1MG/ML 1ML (1:1000)	AMPOLA
18644	ETOMIDATO SOL INJ 2MG/ML 10ML	AM P 10ML
19608	FENITOINA SOL INJ 50MG/ML 5ML	AMP 250MG
40699	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 2ML	AMPOLA DE
16372	GLICOSE SOL INJ 50% 10ML	AM P 10ML
5620	GLUCONATO DE CALCIO 10% SOL INJ 10ML	AM P 10ML
5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML	FR/AMP 5 M
29943	LIDOCAINA 2% SOL INJ 20MG/ML 5ML	AMPOLA DE
6458	LIDOCAINA 2% SOL INJ C/ VASOCONSTRITOR 20ML	FR 20 ML
13173	METOPROLOL SOL INJ 1MG/ML 5ML	AMP 5MG
29910	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 10ML	AMP 50MG
18565	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 3ML	AMP 15MG
19927	MORFINA SOL INJ 10MG/ML 1ML	AMP 10MG
6456	NITROPRUSSIATO DE SODIO SOL INJ 25MG/ML 2ML	FR/AMP 50M

38127	OCITOCINA SOL INJ 5UI/ML 1ML	AMPOLA
18576	PETIDINA SOL INJ 50MG/ML 2ML	AMP 100MG
5653	PROMETAZINA SOL INJ 25MG/ML 2ML	AMP 50MG
42346	PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML 10ML	FR/AMP 10
46773	PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML PFS 1% SERINGA 20ML	SER - 20ML
15044	SUXAMETONIO PO P/ SOL INJ 100MG	FR C/ 100MG
6038	SULFATO DE MAGNÉSIO	AM P 10ML

ANEXO III – LISTA DE MEDICAMENTO COM GRAFIA E SOM SEMELHANTE

MEDICAMENTOS	
amiCACina	**amiNOFILina**
amiNOFILina	**amioDARONA**
cefaLOTina	**cefaZOLina**
ceftAZIDIMa	**cefTRIAXONa**
cefaZOLina	**ceftAZIDIMa**
cefaZOLina	**cefTRIAXONa**
cef**TRIAXON**a	cefa**LOT**ina
BUpivacaína	**RO**pivacaína
DESMopressina	**VAS**opressina
dex**MEDETOMID**ina	dex**TROCETAM**ina
do**BUTA**mina	do**PA**mina
DOBUTamina	**DOP**amina
e**FED**rina	**EPINE**frina
e**FED**rina	e**TILE**frina
EPINEfrina	**NOREPINE**frina
e**TILE**frina	**EPINE**frina
hidr**ALAZIN**a	hidr**OCLOROTIAZID**a
ni**FE**dipino	ni**MO**dipino
PANcurônio	**RO**curônio
SUfentanila	Fenta**NILA**

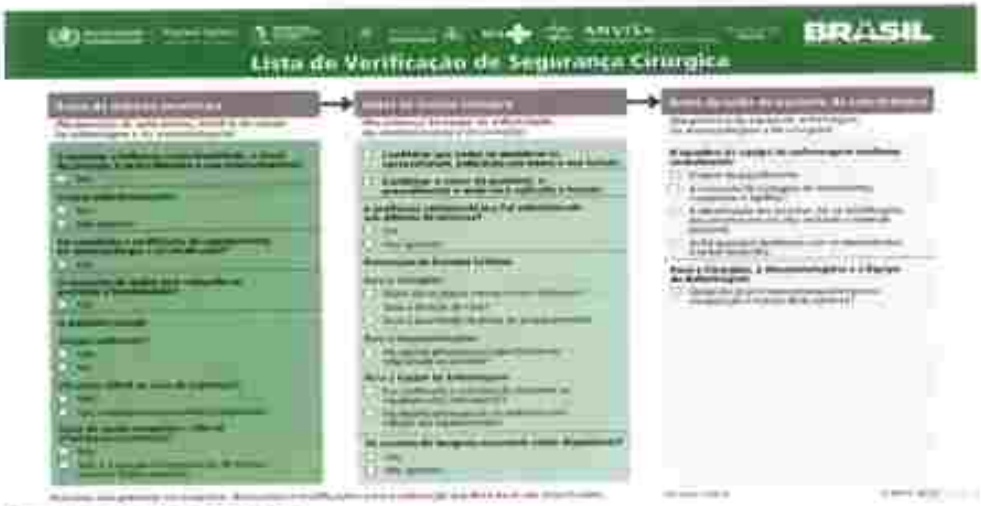
6.PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE: CIRURGIA SEGURA (PEQUENO PORTE)

1. OBJETIVO

Instituir e promover o protocolo de cirurgia segura (pequeno porte), o qual é um elemento essencial para qualificação da assistência na unidade. A implantação do protocolo visa mitigar os riscos de incidentes/danos, desenvolver uma assistência de qualidade e com segurança ao paciente, na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.** Sendo considerada prioridade na unidade, requerendo para sua implementação a adoção de ferramentas e de comportamentos padronizados para melhorar o trabalho em equipe e assegurar qualidade e segurança ao usuário.

2. DEFINIÇÕES

O Protocolo Assistencial de Cirurgia traz orientações quanto medidas a serem implementadas para possibilitar a comunicação efetiva entre as equipes assistenciais, envolvendo uma sequência de rotinas para prevenção e redução de erros e eventos adversos relacionados a cirurgias de pequeno porte, bem como auxilia a equipe multiprofissional na utilização sistemática da Lista de Verificação (checklist) de Cirurgia Segura.



Checklist / Lista de Verificação

Lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens / procedimentos serem realizados antes, durante e logo após o procedimento cirúrgico, por meio da checagem verbal e escrita.

Demarcação de Lateralidade

Demarcação de local ou locais a serem operados. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral).

Condutor do checklist/Lista de Verificação

Profissional de saúde (médico ou profissional da enfermagem), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação do checklist, de acordo com diretrizes da instituição.

Segurança Anestésica

Conjunto de ações realizadas pelo anestesiologista, que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia. Este procedimento deve seguir as orientações contidas no Manual para Cirurgia Segura da Organização Mundial de Saúde (OMS), traduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Equipe Cirúrgica

Equipe composta por cirurgiões, anestesiologistas, profissionais de enfermagem, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia. Etapas e intervenção existem três etapas fundamentais para a segurança do paciente: Check in, Time out e Check out.

Check In (admissão)

Verificação realizada pela equipe de enfermagem, na admissão do paciente na sala de procedimento de pequena cirurgia, de itens essenciais para garantir à segurança, conferência de dados pessoais do paciente levando em conto os indicadores de segurança como nome do paciente, nome da mãe e data de nascimento.

Time Out (antes da indução anestésica e antes da incisão cirúrgica)

Determina-se por uma breve pausa imediatamente antes da indução anestésica e da incisão cirúrgica para aplicação do Chek-List de Cirurgia Segura, tendo por objetivo verificar se todos os itens

necessários para uma anestesia e uma cirurgia segura estão disponíveis. A etapa é conduzida pela equipe de enfermagem junto com a equipe médica.

O check-list divide a cirurgia em três fases:

1. Antes da indução anestésica;

2. Antes da incisão cirúrgica e;

3. Antes do paciente sair da sala.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Para a utilização do check-list, um único profissional de enfermagem (circulante) deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens. Em cada fase, o condutor do check-list deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala até a sua solução.

Antes da indução anestésica: O condutor do check-list deverá:

• Revisar verbalmente com o próprio paciente nome completo, data de nascimento e nome da mãe, antes de iniciar a indução anestésica, após sua identificação ter sido confirmada dar sequência.

• Confirmar qual o procedimento e o local da cirurgia se estão corretos.

• Confirmar o termo de consentimento para cirurgia e a anestesia esclarecendo os mesmos ao paciente antes de qualquer indução anestésica.

- Confirmar visualmente o sitio cirúrgico correto e sua demarcação.

- Confirmar a conexão de um monitor multiparamétrico e de um oximetro de pulso ao paciente e se estão funcionando.

- Revisar verbalmente com o anestesiologista, o risco de perda sanguinea;

- Dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)

Neste momento, a equipe fará uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para realizar os seguintes passos:

- A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função.

- A confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sitio cirúrgico correto.

- A revisão verbal, uns com os outros, dos elementos criticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões do check-list como guia.

- A confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica (quando necessário).

- A confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários.

Check out (antes do paciente sair da sala de cirurgia) A equipe deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos;

- A conclusão da contagem de instrumentais, compressas, gazes e agulhas.

- A identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida.

- A revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas.

- A revisão do plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

3. SIGLAS

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente;

NQ – Núcleo de Qualidade;

CI – Comunicado Interno;

EV – Eventos Adversos;

SCIRAS – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

SESMT – Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho;

SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário;

SS – Serviço Social;

OV – Ouvidoria;

LVCS – Lista de Verificação de Cirurgia Segura

NEP – Núcleo de Educação Permanente;

4. RESPONSABILIDADE DAS TAREFAS/ETAPAS:

Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
Admitir do paciente	Enfermeira (a) assistencial
Demarcar o sítio cirúrgico	Equipe da sala de pequenos procedimentos

Verificar a segurança anestésica	Equipe da sala de pequenos procedimentos
Verificar o funcionamento do monitor multiparamétrico	Equipe da sala de pequenos procedimentos
Verificar alergias conhecidas	Equipe da sala de pequenos procedimentos
Verificar a avaliação de vias aéreas e risco de aspiração	Equipe da sala de pequenos procedimentos
Verificar a avaliação de risco de perda sanguínea	Equipe da sala de pequenos procedimentos
Identificar todos os membros da equipe	Equipe da sala de pequenos procedimentos
Confirmar verbalmente a identidade do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento	Equipe da sala de pequenos procedimentos
Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana	Equipe da sala de pequenos procedimentos
Verificar exames de imagem	Equipe da sala de pequenos procedimentos
Confirmar o nome do procedimento	Equipe da sala de pequenos procedimentos
Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas, gazes e agulhas	Equipe da sala de pequenos procedimentos
Confirmar a identificação da amostra	Equipe da sala de pequenos procedimentos
Documentar problemas com equipamentos	Enfermeira (a) assistencial
Rever as medidas para a recuperação pós-operatória	Enfermeira (a) assistencial
Mensurar indicadores dos protocolos	Núcleo de segurança do paciente

5. PÚBLICO-alvo

O protocolo é destinado a todos os usuários em âmbito ambulatorial, no qual utiliza dos serviços ofertados na **Policlínica Estadual da Região do Entorno –**

Formosa. Pacientes adultos e infantil para procedimentos de pequeno porte ou em atendimentos ambulatoriais submetidos a procedimentos cirúrgicos que implicam em incisão no corpo ou introdução de equipamentos endoscópicos.

6. APLICAÇÃO

O Protocolo de Cirurgia Segura será aplicado na sala de pequenos procedimentos da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**

7. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

7.1 Admissão

Nesta etapa, o enfermeiro deve;

- Recebe o paciente e inicia o checklist;
- Confere o mapa cirúrgico / agendamento;
- Confere os dados da etiqueta de identificação;
- Confere a demarcação do sitio cirúrgico (pequenos procedimentos);
- Confere a presença de exames diagnósticos e prontuário do paciente;
- Confere se os Termos de Consentimentos estão presentes;
- Confere se o paciente está com adornos ou próteses;
- Confere se o paciente está em jejum;
- Confere tricotomia, se necessário;
- Confere se o paciente possui alergia;
- Encaminha o paciente para a sala cirúrgica (pequenos procedimentos).

7.2 Antes da indução anestésica

Requer a presença do anestesiologista e da equipe de enfermagem.

Confirmar a identificação do paciente de acordo com os indicadores de segurança, do sítio cirúrgico, do procedimento e do consentimento informado; O condutor do checklist confirma verbalmente com o paciente sua identificação, o tipo de procedimento, planejado, o sítio cirúrgico e a assinatura do consentimento para cirurgia. Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função. Os Termos de Consentimento Informados - cirúrgicos e anestésicos - devem ser assinados pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos por médico membro da equipe cirúrgica, antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento cirúrgico.

7.3 Demarcar o sítio cirúrgico

A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento. Sempre que possível, tal identificação deverá ser realizada com o paciente acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção. O condutor do checklist deverá confirmar se o cirurgião fez a demarcação do local da cirurgia no corpo do paciente naqueles casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade, múltiplas estruturas ou múltiplos níveis. Nestes casos, a demarcação deverá ser realizada no corpo do paciente em local que indica a estrutura a ser operada com o uso de caneta demográfica. O símbolo a ser utilizado será uma "seta" e deverá permanecer visível após preparo da pele e colocação de campos cirúrgicos. Em casos de pacientes em precaução de contato, não deverá ser realizada a demarcação, devido ao risco de contaminação da caneta e, consequentemente, de outros pacientes.

7.4 Verificar a segurança anestésica

O condutor do checklist completa a próxima etapa solicitando ao anestesiologista que confirme a conclusão da verificação de segurança anestésica.

7.5 Verificar o funcionamento do monitor multiparamétrico

Antes da indução anestésica, o condutor do checklist confirma que um monitor multiparamétrico tenha sido posicionado no paciente e que esteja funcionando corretamente.

7.6 Verificar alergias conhecidas

O condutor do checklist deverá perguntar ou confirmar se o paciente possui uma alergia conhecida, mesmo se o condutor tenha conhecimento prévio a respeito da alergia. Em caso de alergia, deverá confirmar se o anestesiologista tem conhecimento e se a alergia em questão representa um risco para o paciente. Se algum membro da equipe cirúrgica tem conhecimento sobre uma alergia que o anestesiologista desconheça, esta informação deverá ser comunicada.

7.7 Verificar a avaliação de vias aéreas e risco de aspiração

O condutor do checklist deverá confirmar verbalmente com o anestesiologista se este avaliou objetivamente se o paciente possui uma via aérea difícil. O risco de aspiração também deverá ser levado em consideração como parte da avaliação da via aérea.

7.8 Verificar a avaliação de risco de perda sanguínea

O condutor do checklist deverá perguntar ao anestesiologista se o paciente tem risco de perder mais de meio litro de sangue (> 500 ml) ou mais de 07 ml/kg em crianças durante a cirurgia a fim de assegurar o reconhecimento deste risco e garantir a preparação para essa eventualidade.

7.9 ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA (PAUSA CIRÚRGICA)

A Pausa Cirúrgica é uma pausa momentânea feita pela equipe imediatamente antes da incisão cutânea a fim de confirmar que as várias verificações essenciais para a segurança cirúrgica foram empreendidas e que envolveram toda equipe.

7.10 Identificar todos os membros da equipe

O condutor do checklist solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos já tenham sido apresentados, mas quando ocorrer a presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, estes devem se apresentar.

7.11 Confirmar verbalmente a identidade do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento

Imediatamente antes da incisão cirúrgica, é conduzida uma nova confirmação pela equipe cirúrgica (cirurgião, anestesiologista e equipe de enfermagem) do nome

do paciente, do procedimento cirúrgico a ser realizado, do sítio cirúrgico e, quando necessário, do posicionamento do paciente.

7.12 Verificar a previsão de eventos críticos

O condutor do checklist conduz uma rápida discussão com o cirurgião, anestesiologista e enfermagem a respeito de riscos graves e planejamentos operatórios.

7.13 Prever etapas críticas, possíveis eventos críticos, duração da cirurgia e perda sanguínea

O cirurgião deverá informar à equipe quais são as etapas críticas e os possíveis eventos críticos e a perda sanguínea prevista.

7.14 Revisar eventuais complicações anestésicas

O anestesiologista deverá revisar em voz alta o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar. Deverá informar também a previsão do uso de sangue, componentes e hemoderivados, além da presença de comorbidades e características do paciente passíveis de complicação, como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos etc.

7.15 Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos e Infraestrutura

O instrumentador ou o técnico que disponibiliza o equipamento para a cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização e sua confirmação por meio do indicador de esterilização, demonstrando que a esterilização tenha sido bem-sucedida. Além de verificar se as condições dos equipamentos, bem como infraestrutura tenham sido avaliadas pela enfermagem.

7. 16 Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana

O condutor do checklist perguntará em voz alta se os antimicrobianos profiláticos foram administrados durante os últimos 60 minutos antes da incisão da pele. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anestesiologista) deverá realizar a confirmação verbal.

7.17 Verificar exames de imagem

O condutor do checklist deverá perguntar ao cirurgião se exames de imagem são necessários para a cirurgia. Em caso afirmativo, o condutor deverá confirmar verbalmente que os exames necessários para realização segura do procedimento cirúrgico estão na sala e expostos de maneira adequada para uso durante a cirurgia.

7.18 ANTES DO PACIENTE DEIXAR A SALA DE CIRURGIA

7.19 Confirmar o nome do procedimento

O condutor do check-list deverá confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado.

7.20 Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas, gazes e agulhas

O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas, gazes e agulhas. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada.

7.21 Confirmar a identificação da amostra

O profissional de enfermagem deve confirmar a identificação / etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura em voz alta do nome do paciente, descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem da amostra, data da coleta, hora da coleta, nome completo do paciente, data de nascimento e quaisquer outras indicações orientadoras.

7.22 Documentar problemas com equipamentos

O condutor do check-list deve assegurar que os problemas com equipamentos que tenham ocorrido durante a cirurgia sejam identificados, relatados e documentados pela equipe.

7.23 Rever as medidas para a recuperação pós-operatória

O cirurgião, o anestesiologista e o profissional de enfermagem deverão revisar o plano de recuperação pós-operatória, focando particularmente em questões anestésicas ou cirúrgicas que possam interferir nesta recuperação.

8. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Documentar problemas com equipamentos	O condutor do check-list deve assegurar que os problemas com equipamentos que tenham ocorrido durante a cirurgia sejam identificados, relatados e documentados pela equipe
Rever as medidas para recuperação pós-operatório	O cirurgião, o anestesiologista e o profissional de enfermagem deverão revisar o plano de recuperação pós-operatória, focando particularmente em questões anestésicas ou cirúrgicas que possam interferir nesta recuperação.

9. INDICADORES

Número de cirurgias em local errado/total de cirurgias x 100

Número de cirurgias em paciente errado/ total de pacientes x100

Número de procedimentos errados/total de procedimentos x100

Ficha do Indicador (ANEXO I)

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Brasília, 2010.

Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/cirurgia seguras. [Acessado 21 Fev 2015].

Joint Commission. Sentinel events alert. 5th December 2001. Disponível em: http://www.jointcommission.org/SentinelEvent/sentineleventalert/sea_24.html [acessado 21 Fev 2015]

Healy JM. How hospital leaders implemented a safe surgery protocol in Australian hospitals. Int J Qual Health Care. 24. England2012. p. 88-94. Cowell HR. Wrong-site surgery J Bone Joint Surg Am. 1998;80(4):463.

Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. Annals of Internal Medicine. 2013;158(5_Part_2):365-8.

ANEXOS

Fichar de indicadores propostos no protocolo (ANEXO 1)

Termo de consentimento para cirurgia (ANEXO 2)

Termo de consentimento para anestesia (ANEXO)

ANEXO I: fichas de indicadores propostos no protocolo

FICHA TÉCNICA DO INDICADOR	
Título: Número de locais errados em cirurgia	
Origem: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos	
Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Efetividade	
Descrição do numerador: Número de cirurgias em local errado	Descrição do denominador: Total de cirurgia X 100
Método de cálculo: Número de cirurgias em local errado/ Total de cirurgia X 100	
Média: Não se aplica	
Definição de termos: Cirurgia: ato de intervir para resolução de determinada patologia.	
Limitações: subnotificação de incidentes/eventos adversos e não realização notificações.	

Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica.

FICHA TÉCNICA DO INDICADOR	
Título: Número de pacientes errados em cirurgia	
Origem: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos	
Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Efetividade	
Descrição do numerador: Número de pacientes errado	Descrição do denominador: Total de pacientes X 100
Método de cálculo: Número de pacientes errado / Total de pacientes X 100	
Média: Não se aplica	
Definição de termos: Cirurgia: ato de intervir para resolução de determinada patologia.	
Limitações: subnotificação de incidentes/eventos adversos e não realização notificações.	
Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica.	

FICHA TÉCNICA DO INDICADOR
Título: Número de procedimentos errados
Origem: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos
Nível da informação: Resultado
Dimensão da qualidade: Efetividade

Descrição do numerador: Número de procedimentos errado	Descrição do denominador: Total de procedimentos X 100
Método de cálculo: Número de procedimentos errado / Total de procedimentos X 100	
Média: Não se aplica	
Definição de termos: Cirurgia: ato de intervir para resolução de determinada patologia.	
Limitações: subnotificação de incidentes/eventos adversos e não realização notificações.	
Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica.	

ANEXO II: Termo de consentimento para cirurgia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PEQUENAS CIRURGIAS DERMATOLÓGICAS

Nome Completo do paciente: _____

CPF/RG/CNS: _____ Data de nascimento: _____ Idade: _____

Nome Completo da mãe: _____

Identificação do Responsável (no caso de pacientes menor de idade, incapacitado de discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado):

Nome Completo: _____

CPF/RG/CNS: _____ Idade: _____

Médico: _____ CRM: _____

Data do procedimento: _____ Horário do procedimento: _____

RISCOS, COMPLICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÃO

Reação à anestesia local;
Deiscência da sutura (os pontos podem se soltar);
Infecção local requerendo tratamento clínico ou cirúrgico;
Estenose e hematoma;
Dor e sangramento;
Formação de bolhas, feridas, crostas ("casquinhas") recentes;
Possibilidade de cicatrizes inestéticas (cicatrizes feias), cicatrizes queloides (cicatrizes altas), cicatrizes atróficas (afundadas) (cicatrizes fundas) e alteração de cor no local da cicatriz.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações desse formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de ocorrerem nesse procedimento, mas são os riscos mais comuns. Reconheço que outros riscos podem existir ou poderão aparecer no futuro, que não foram informados nesse formulário de consentimento. Caso ocorra alguma intercorrência decorrente do procedimento todos os procedimentos necessários serão tomados.

Declaro, adicionalmente, que:

Página 1 de 2

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e recebi todas as respostas do médico(a) responsável, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao procedimento no qual serei submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.

2. Tendo sido informado acerca de minhas dúvidas, opto livremente pela realização do procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações, riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

3. Assim, declaro também estar ciente de que o procedimento não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

4. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, ainda que invasivo, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e a vida.

5. Em decorrência da manipulação cirúrgica de tecidos após o procedimento, poderei apresentar incômodos dolorosos e, caso necessário, após avaliação clínica, serão prescritos fármacos para controle álgico.

6. Autorizo que qualquer tecido seja removido cirurgicamente e que seja encaminhado para exames complementares no laboratório da unidade Policlínica de Posse, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Certifico que li este termo, o que foi explicado pra mim, pelo médico, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, às quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional.

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos.**

LOCAL: _____ DATA: ____/____/____

IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento
Rua Itapeva, 202 / Conjunto 33, Bela Vista, São Paulo/SP
CNPJ: 19.324.171/0001-02 – Telefone: (11) 3141-1128
www.imed.org.br – pmo@imed.org.br

Assinatura do paciente e/ou Responsável

Assinatura da testemunha

Assinatura e Carimbo do Médico Executor

7. PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

1. OBJETIVO

Promover e instituir a higienização das mãos na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**, com a finalidade de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) na unidade, objetivando a segurança do paciente, dos colaboradores e prestadores de serviços.

- Remoção de sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e da microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato;

- Prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas.

2. DEFINIÇÕES

"Higiene das mãos" é um termo geral que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS. De acordo com a Anvisa (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009), o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica e a antissepsia cirúrgica das mãos (que não será abordada neste protocolo), definidas a seguir.

2.1. Higiene simples das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.

2.2. Higiene antisséptica das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.

2.3. 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.

3. SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente;
IRAS – Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;
SHL – Serviço de Higiene e Limpeza;
CI – Comunicado Interno;

CCIRAS – Comissão de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde;

SCIRAS – Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde;

4.RESPONSABILIDADE DAS TAREFAS/ETAPAS:

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
	Higienização das mãos nos 5 momentos, seguindo a técnica.	Todos os profissionais
2	Identificação e Reposição de Sabão Líquido, Álcool 70% e papel toalha nos dispenser.	Equipe SHL
3	Identificação, limpeza e reposição de álcool 70% em almotolias.	Equipe de Enfermagem
4	Treinamento e reciclagem da técnica correta de higienização das mãos com água e sabão ou álcool 70%.	SCIRAS
5	Verificação, monitoramento e aplicação de formulário de observação de higienização das mãos. Monitoramento da quantidade de álcool em gel utilizado, mediante ao número de paciente atendido/dia.	SCIRAS / Enfermeiros
6	Identificação e disposição do passo a passo de higienização, nos lavabos, pias e dispenser.	SCIRAS / SHL

5.PUBLICO ALVO

O protocolo é destinado a todos os colaboradores e prestador de serviço da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.**

6. APLICAÇÃO

Todos os setores da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**

7. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

7.1 MOMENTO QUE DEVE REALIZAR A HIGIENIZAÇÃO DOS MÃOS

De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS), a higienização das mãos deve ser realizada em cinco momentos, a fim de evitar infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS), visando a segurança do paciente e do profissional de saúde. Segue a descrição dos cinco momentos abaixo:

Antes de contato com o paciente: higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente, visando a proteção do paciente, evitando a transmissão de microorganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar IRAS.

Antes da realização de procedimento asséptico: higienize as mãos antes da realização de qualquer procedimento asséptico, para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.

Após risco de exposição a fluidos corporais: higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas), para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

Após contato com o paciente: higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente, para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.

Após contato com as áreas próximas ao paciente: higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente, mesmo sem ter tido contato com o paciente, para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.



7.2 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO

Duração do procedimento: 40 a 60 segundos;

Quando deve ser realizada:

- Quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais ou após uso do banheiro;
- Quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou Comprovada;
- Em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica.

OBSERVAÇÃO: Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente.

7.2.1 TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO

Retirar adornos (pulseiras, relógios e anéis), OBS: **os colaboradores não devem utilizar adornos seguindo a N32:**

Abrir a torneira e ajustar a água para um volume adequado;

Manter as mãos numa altura mais baixa que os cotovelos, molhar com cuidado as mãos;

Aplicar o sabão líquido;

Lave as mãos, dedos e unhas separadamente, seguindo as orientações de friccionar primeiro as palmas das mãos uma contra a outra; após lave o dorso de cada mão no sentido do proximal para o distal, incluindo os espaços interdigitais; siga posicionando as mãos em concha e acomodando uma entre a outra de forma a friccionar bem as junções das falanges proximais contra a palma da mão contrária e vice e versa;

Junte as pontas dos dedos de uma das mãos e passe a friccioná-los em movimentos circulares todos os espaços interdigitais e sulcos da mão contrária, proceda da

mesma forma com a outra mão; por último friccione os punhos em movimentos rotatórios uniformes;

Estes movimentos devem ser realizados de 5 a 10 vezes cada um deles, em ambas as mãos;

Enxague as mãos de modo que à água corra no sentido das pontas dos dedos para o do punho, sem esfregar ou sacudir a mesma;

Seque as mãos separadamente, começando pela palma de uma das mãos, dorso da mão e por último punho. Após a secagem de uma das mãos despreze a toalha de papel no lixo comum, proceda então a secagem da outra mão com uma nova toalha de papel seguindo a mesma ordem citada acima, desprezando a toalha usada.



7.3 FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS COM PREPARAÇÕES ALCOÓLICAS

A duração da fricção antisséptica com preparação alcoólica deve ser de 20 a 30 segundos;

Quando Realizar:

Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas e antes e depois de tocar o paciente e após remover Luvas;

Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos.

7.3.1TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA

Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcóolica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos;

Friccione as palmas das mãos entre si;

Friccione a palma de mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;

Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;

Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com

movimento vai-e-vem e vice-versa;

Friccione o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;

Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um

movimento circular e vice-versa;

Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

OBSERVAÇÃO: Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente.



7.4 HIGIENIZAÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS (ANTISSÉPTICO DEGERMANTE E ÁGUA)

A higienização das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos;

A técnica de higienização antisséptica é a mesma utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo-se o sabão líquido comum por um associado a antisséptico, como antisséptico degermante.

Realizar a Higienização Antisséptica das Mãos

- Nos casos de precaução de contato recomendados para pacientes portadores de microrganismos multirresistentes;
- Nos casos de surtos;
- Antes da realização de procedimentos invasivos (e.x. inserção de cateter intravascular central, punções, drenagens de cavidades, instalação de diálise, pequenas suturas, endoscopias e outros).

8. AÇÕES CORRETIVAS

As ações corretivas são voltadas para estratégias que visam identificar e resolver os diversos obstáculos e empecilhos comportamentais que dificultam a adesão da prática da higienização das mãos, dentro da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.** As ações são:

Assegurar que a infraestrutura necessária esteja disponível para permitir a prática correta de higiene das mãos pelos profissionais de saúde. Isto inclui algumas condições essenciais, como:

- Acesso a sabonete líquido e papel toalha, bem como a um fornecimento contínuo e seguro de água, de acordo com o disposto na Portaria GM/MS nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011;
- Acesso imediato a preparações alcoólicas para a higiene das mãos no ponto de assistência e pontos de fácil acesso tanto ao colaborador, quanto aos usuários;
- Pias com torneira de acionamento automático em unidades não críticas e obrigatoriamente em unidades críticas;
- Recipiente de resíduos de pedal;
- Exposição do passo a passo da técnica de Higienização das mãos, próximo a pias e dispenser de álcool.

8.1 Educação continuada e permanente e treinamento

Fornecer capacitação regular a todos os colaboradores sobre a importância da higienização das mãos, com base na abordagem "Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos" e os procedimentos corretos de higiene das mãos.

Avaliação e retroalimentação: monitorar as práticas de higiene das mãos e a infraestrutura, assim como a percepção e conhecimento sobre o tema entre os colaboradores retroalimentando estes resultados.

Lembretes no local de trabalho: alertar e lembrar os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la. Colocar anúncio diariamente na caixa de som central sobre higienização das mãos.

Clima de segurança institucional: criar um ambiente que facilite a sensibilização dos colaboradores quanto à segurança do paciente e no qual o aprimoramento da higienização 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 aprimorar (autoeficácia); e
- Parcerias com pacientes, acompanhantes e visitantes.
- Treinamento de reciclagem a cada 3 meses.

Educação continuada e permanente referente a notificação de incidentes e eventos adversos, visando promover a cultura de segurança do paciente na unidade.

9. NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Todos os incidentes envolvendo a falha de higiene nas mãos devem ser notificados ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente ou no próprio setor, através do formulário de notificação de eventos adversos (via QR Code /**ANEXO VI** ou link do formulário: https://forms.gle/TK7fMKuc3Nou7fyy6), de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço.

A implementação das recomendações geradas pelas investigações deve ser monitorada pelo próprio serviço de saúde.

10. INDICADORES

O indicador para o monitoramento da adesão às práticas de higiene das mãos é 'Taxa de adesão à higienização das mãos por profissionais de saúde'. Para a obtenção dos dados é aplicado o Formulário de observação de higiene das mãos (ANEXO I), na unidade, durante a assistência ao paciente, conforme descreve ficha de indicador (ANEXO II).

Método de cálculo:

Numerador: nº de ações de higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde;

Denominador: nº de oportunidades ocorridas para a higiene das mãos.

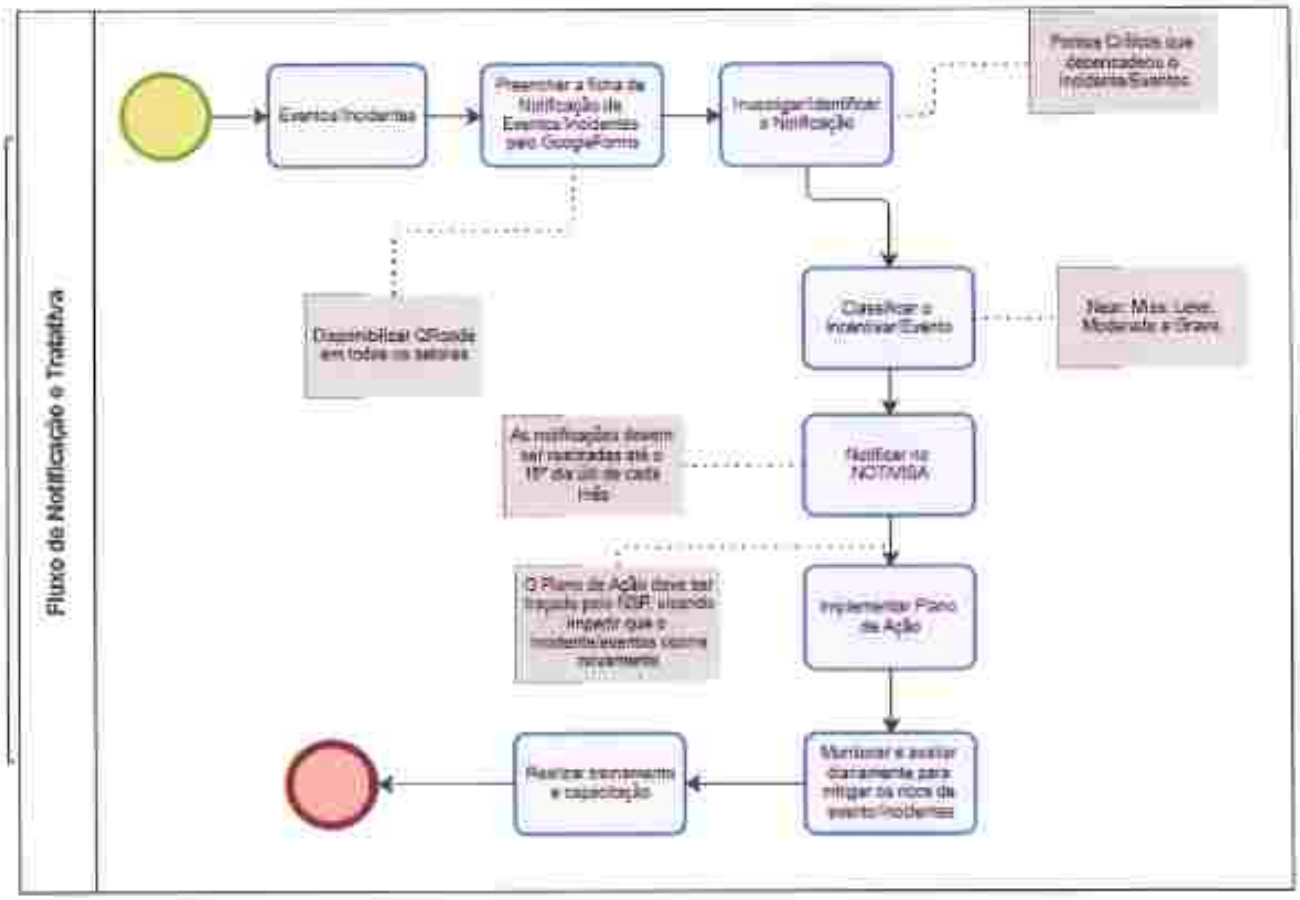
Indicador para monitoramento da adesão às práticas de higiene das mãos (Anexo III; IV; V), referente a quantidade de álcool em gel 70% utilizado no setor de hemodiálise e endoscopia/colonoscopia.

Numerador: Quantidade de álcool em gel 70 % utilizado no setor no mês vigente (ml)

Denominador: nº Paciente dia /sessões *100

11.MAPEAMENTO DE PROCESSO DO PROTOCOLO

Em casos de notificação, deve seguir conforme fluxograma descrito abaixo



12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

EBSERH/NSP-HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS/2020 Versão 2.0 PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS Página 18 de 18. Acesso no dia 11 de fevereiro de 2022. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huac-ufcg/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/pops/2020/dezembro-2020/16-pop-001-nsp-higiene-das-maos.pdf.

EBSERH. UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS. 2019. Acesso no dia 16 de fevereiro de 2022. Disponível em https://www.gov.br/ebserh/pt-

br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/prt-svssp-006-higienizacao-das-maos-versao-2.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. SEGURANÇA DO PACIENTE Higienização das mãos. Acesso no dia 16 de fevereiro de 2022. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf.

NOTA TÉCNICA Nº01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: Orientações Gerais Para Higiene Das Mãos Em Serviços De Saúde. Acesso no dia 17 de fevereiro de 2022. Disponível em: file:///C:/Users/User/Dropbox/PC/Downloads/Nota%20t%C3%A9cnica%20012018%20-%20Higieniza%C3%A7%C3%A3o%20das%20maos.pdf.

13. ANEXO

ANEXO I – FOLHA DE OBSERVAÇÃO



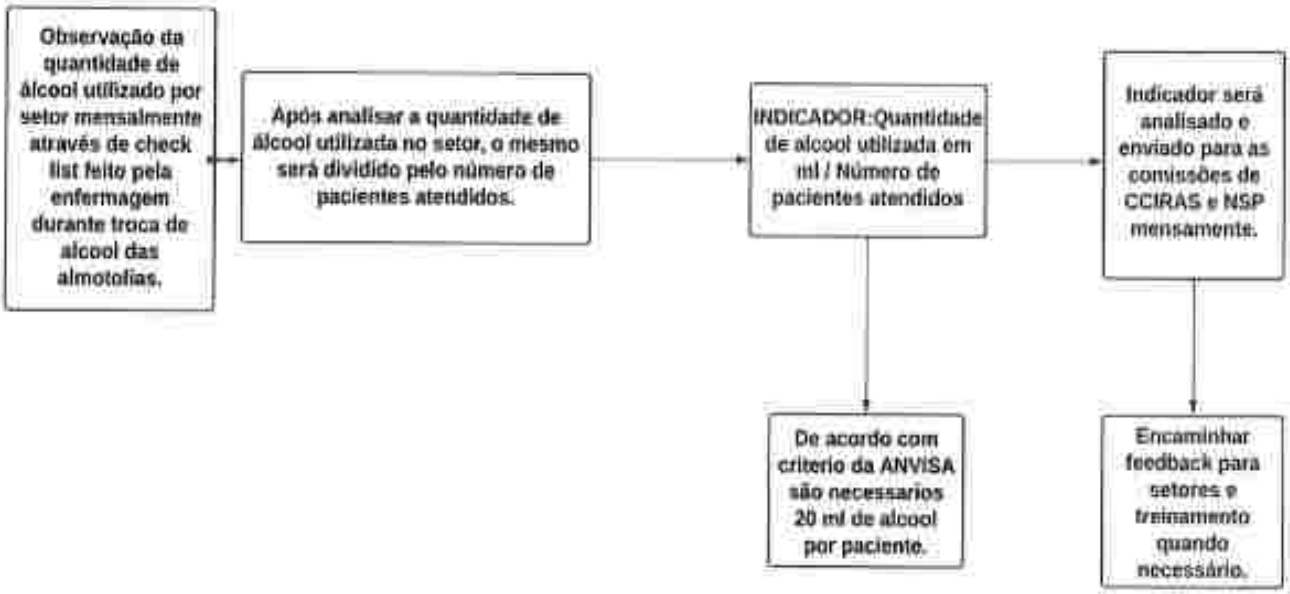
ANEXO 01

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ANEXO II – FICHA DE INDICADOR

Ficha Técnica do Indicador	
Título: Taxa de adesão à higienização das mãos por profissionais de saúde	
Origem: Formulário de observação de higiene das mãos	
Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Quantitativo	
Descrição do numerador: nº de ações de higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde	Descrição do denominador: nº de oportunidades ocorridas para a higiene das mãos
Método de cálculo: Número de ações de higienização das mãos realizadas pelos profissionais de saúde / Número de Oportunidades ocorridas para higiene das mãos	
Média: 95% dos profissionais aproveitam a oportunidade ocorrida para higienizar as mãos	
Definição de termos: Higiene das mãos: refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS. De acordo com a Anvisa (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009), o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica e a antissepsia cirúrgica das mãos.	
Limitações: Dificuldade de Aplicação do Formulário para todos os colaboradores mensalmente.	
Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica, formulário de Observação de Higienização das Mãos.	

ANEXO III - FLUXO INDICADOR DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS;



ANEXO IV – FICHA DE INDICADOR

Ficha Técnica do Indicador	
Título: Taxa de adesão à higienização das mãos, mediante a quantidade de uso de álcool em gel	
Origem: Tabela de indicador referente a taxa de utilização de álcool em gel x paciente/dia	
Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Quantitativo	
Descrição do numerador: **Quantidade de álcool em Gel 70 % utilizada no mês no setor**	**Descrição do denominador:** nº de paciente dia
Método de cálculo: Quantidade de produto (álcool em gel 70%) utilizada no mês vigente / Número de paciente /sessão /dia	
Média: 70%	
Definição de termos: Higiene das mãos: refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS. De acordo com a Anvisa (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009), o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica e a antissepsia cirúrgica das mãos.	

Limitações: Dificuldade de o indicador para todos os setores.
Fonte dos dados: Hemodiálise e Endoscopia/Colonoscopia da unidade Policlínica, formulário de Observação de Higienização das Mãos.

ANEXO V - TABELAS PARA REALIZAÇÃO DO INDICADOR DE ÁLCOOL UTILIZADO NA UNIDADE NO SETOR DA ENDOSCOPIA E HEMODIALISE.

TIPO DE DOCUMENTO: PLANILHA		**VERSÃO: 01** **REVISÃO: 00**	**Nº PLAN**
TÍTULO DO DOCUMENTO: INDICADOR DE CONSUMO DE ÁLCOOL EM GEL		**ELABORAÇÃO: 17/05/2023** **DATA DA REVISÃO: N/A**	**SETOR: SCIRAS**
Mês/2024	**Qnt Álcool (1000) Hemodiálise**	**Qnt Álcool (1000) Endoscopia/Colonoscopia**	**Taxa em ml Total**
Janeiro			
Fevereiro			
Março			
Abril			
Maio			
Junho			
Julho			
Agosto			
Setembro			
Outubro			
Novembro			
Dezembro			

ANEXO VI – QR CODE DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS:



8. PROTOCOLO SEGURANÇA DO PACIENTE: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

1. OBJETIVO

Instituir e promover o Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão (LPP), o qual é um elemento essencial para qualificação da assistência na unidade. A implantação do protocolo visa mitigar os riscos de incidentes/danos, desenvolver uma assistência de qualidade e com segurança ao paciente, na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**. Sendo considerada prioridade na unidade, requerendo para sua implementação a adoção de ferramentas e de comportamentos padronizados para melhorar o trabalho em equipe e assegurar qualidade e segurança ao usuário. As lesões por pressão (LPP) são danos localizados na pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou combinada com forças de cisalhamento e/ ou fricção. Os riscos aumentam quando somado aos fatores predisponentes intrínsecos da pessoa (NPUAP, 2016).

2. DEFINIÇÕES

A EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) – Painel Europeu de Aconselhamento sobre LPP e NPUAP (American National Pressure Ulcer Advisory Panel) – Painel Americano de Aconselhamento sobre LPP definem lesão por pressão como uma lesão localizada na pele/ou tecidos subjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. As LPP também podem ser definidas como áreas localizadas de isquemia e necrose tecidular que se desenvolvem pela compressão prolongada dos tecidos moles entre proeminências ósseas e a superfície externa (ROCHA, 2009).

As lesões por pressão (LPP) também estão associadas a fatores contribuintes e de confusão cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido. Os estudos apontam que uma lesão por pressão pode ocorrer em breve espaço de tempo e em um curto período de internamento. Apesar de ser mais frequente em idosos, podem também afetar adultos e crianças.

Uma das consequências mais comuns é resultante de longa permanência em hospitais no qual ocorre o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito.

A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de lesão por pressão (LPP) como para quaisquer outras lesões da pele.

Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.

Buscando trabalhar estratégias voltadas para a segurança do paciente, como parte da implementação da Política Nacional de Segurança do Paciente, na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**, visa implementar protocolo interno de prevenção de lesões por pressão, através da padronização de rotinas estabelecidas em protocolo interdisciplinar, assistencial, baseado em evidências científicas.

3. SIGLAS

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente;

NQ – Núcleo de Qualidade;

CI – Comunicado Interno;

EV – Eventos Adversos;

SCIRAS – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

SESMT – Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho;

SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário;

SS – Serviço Social;

OV – Ouvidoria;

NEP – Núcleo de Educação Permanente;

LPP – Lesão por pressão;

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel;

NPUAP – American National Pressure Ulcer Advisory Panel.

4. RESPONSABILIDADE DAS TAREFAS/ETAPAS:

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Recepcionar paciente;	Recepção/acolhimento
2	Avaliar o paciente;	Enfermeiro (acolhimento ou hemodialise)
3	Classificar a lpp do paciente;	Enfermeiro – hemodialise
4	Orientar sobre a prevenção da lpp;	Enfermeiro – hemodialise
5	Cuidar ou tratar a lpp do paciente;	Enfermeiro – hemodialise
6	Notificar sobre a orientação ou cuidado ao paciente;	Enfermeiro – hemodialise

7	Mensurar indicadores;	Enfermeiro – hemodialise
8	Avaliar indicadores;	NSP

5. PÚBLICO-alvo

O protocolo é destinado a todos os usuários em âmbito ambulatorial, no qual utiliza dos serviços ofertados na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**. Pacientes adultos identificados com riscos para o desenvolvimento de LPP (escores nas escalas Braden ≤ 18 pontos).

6. APLICAÇÃO

O protocolo será implantado e implementado no setor de hemodiálise da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**. Diariamente, durante o tempo de permanência do paciente identificado com risco para LPP, no momento de admissão e caso ele apresente alteração no quadro clínico.

7. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

7.1 FINALIDADE

- Orientar como prevenir as LPP para os pacientes de Hemodiálise;
- Reduzir a incidência de lesões de pele adquiridas durante a permanência;
- Identificar e classificar, precocemente, os pacientes com risco para LPP;
- Implementar ações preventivas nos clientes com risco para LPP.
- Avaliar, tratar e evoluir lesões instaladas.

7.2 OBJETIVOS

- Reduzir a incidência de LPP adquiridas na permanência na unidade de hemodiálise.

- Proporcionar atendimento assistencial efetivo, sistematizado, qualificado e, sobretudo, seguro aos clientes e familiares.

- Padronizar condutas e materiais no âmbito institucional.

- Definir responsabilidades da enfermagem no âmbito institucional.

- Estabelecer barreiras e reduzir variáveis latentes para a instalação de eventos adversos preveníveis.

- Garantir documentação completa e suficiente para garantir a comunicação efetiva.

- Fornecer indicadores para estratégias de segurança e melhoria da assistência à saúde.

- Facilitar a operacionalização da Sistematização da Assistência em Enfermagem.

- Elevar a satisfação dos clientes quanto à segurança e a qualidade assistencial.

- Favorecer a integração assistência, ensino e pesquisa

7.3 ROTINA INSTITUCIONAL

Medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco. Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco:

A identificação e classificação dos clientes quanto ao risco para LPP será obtida por meio da aplicação da escala de Braden (adultos), mediante os escores:

- ✓ **Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden).**

Cronograma de mudança de decúbito;

Otimização da mobilização;

Proteção do calcanhar;

Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

✓ **Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden)**

Continuar as intervenções do risco baixo;

Mudança de decúbito com posicionamento a 30º.

✓ **Risco alto (10 a 12 pontos na escala de Braden)**

Continuar as intervenções do risco moderado;

Mudança de decúbito frequente;

Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30º.

✓ **Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de Braden).**

Continuar as intervenções do risco alto;

Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;

Manejo da dor.

As escalas Braden deverá ser aplicada a todos os pacientes de hemodiálise, no momento da admissão nos pacientes na hemodiálise nas sessões. A classificação do escore deverá ser registrada no prontuário MVPEP, conforme rotina institucional.

As intervenções estarão direcionadas para a identificação e avaliação das alterações no estado clínico do cliente quanto a:

FATORES DE RISCO	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Constantemente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	Scores: Sem risco: >=19 Risco leve: 15 a 18 Risco moderado: 13 a 14 Risco elevado: 10 a 12 Risco muito elevado: <=9

7.3 GRUPO DE RISCO PARA LPP

Pacientes com mobilidade física prejudicada (acamados/cadeirantes)

Pacientes com a percepção sensorial comprometida (térmica e tátil).

Pacientes submetidos à procedimentos anestésicos cirúrgicos (tempo de cirurgia; posições cirúrgicas e tipo de anestesia).

Pacientes com dispositivos médicos e outros artefatos

7.4 FATORES PREDISPONENTES

A Lesão por pressão é multifatorial, existem **fatores extrínsecos e intrínsecos** ao paciente associados a origem da lesão.

São fatores de risco intrínsecos:

- Idade;
- Mobilidade reduzida;

- Desnutrição;
- Vasoconstrição periférica;
- Peso corporal;
- Incontinência urinária e fecal.

São fatores de risco extrínsecos:

- Forças externas de pressão;
- Forças de cisalhamento e fricção;
- Umidade excessiva;
- Produtos;
- Medicação.

ENVELHECIMENTO (risco intrínseco)

O envelhecimento é acompanhado por uma redução dos processos metabólicos, de velocidade de cicatrização e da vascularização, da espessura e elasticidade da pele e diminuição qualitativa e quantitativa do colágeno.

MOBILIDADE REDUZIDA (risco intrínseco)

A incapacidade de mover-se a redução da frequência na alternância de decúbitos pode afetar a capacidade de aliviar a pressão, predispondo ainda à fricção e às forças de torção se o indivíduo estiver acamado ou, ainda, confinado à cadeira.

Para além disso, uma diminuição da mobilidade provoca estase na circulação periférica, nomeadamente nos membros inferiores.

DESNUTRIÇÃO (risco intrínseco)

Pacientes desnutridos, com deficiências proteicas e vitamínicas, estão mais sujeitos ao desenvolvimento de lesões por pressão e apresentam uma dificuldade acrescida no processo de cicatrização das lesões existentes. A desnutrição conduz a uma mobilidade reduzida, à apatia e depressão e à diminuição da

imunocompetência. Indivíduos que apresentam distúrbios nutricionais estão mais suscetíveis a complicações, internamentos mais prolongados e necessidade de repouso no leito por tempo acrescido, todos fatores que aumentam o risco para LPP.

VASOCONSTRIÇÃO PERIFÉRICA (risco intrínseco)

Pode estar relacionada com doenças cardiovasculares periféricas, hepáticas, anemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiências renal e respiratória, infecções, lesões ortopédicas, uso de medicamentos, entre outros fatores.

PESO CORPORAL (risco intrínseco)

Doentes emagrecidos, por estarem desprovidos de gordura localizada sobre as proeminências ósseas, possuem menor proteção contra a pressão.

Os doentes obesos, pela dificuldade de mobilização, têm um risco acrescido de lesões tecidulares precipitadas pelo posicionamento por arrastamento.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL (risco intrínseco)

São causas de maceração cutânea e do desenvolvimento de infecções. Tornam o paciente mais vulnerável a lesão por pressão.

UMIDADE EXCESSIVA (risco extrínseco)

Leva à maceração dos tecidos e à diminuição da resistência da pele. Pode ser resultado da sudorese excessiva, da incontinência urinária e/ou fecal, da inadequada secagem da pele após os cuidados de higiene e da presença de feridas com exsudato.

PRODUTOS (risco extrínseco)

Certos produtos, como desinfetantes e sabões, podem provocar irritação cutânea e também atuarem como fatores de origem extrínseca que conduzem ao desenvolvimento das lesões por pressão. O uso destes produtos favorece a desidratação tornando a pele mais sensível às forças de fricção.

MEDICAÇÃO (risco extrínseco)

A medicação, principalmente a sedativa, analgésicos e os corticosteroides, são também fatores importantes para o desenvolvimento de LPP, uma

vez que diminuem as defesas do organismo, a percepção sensorial e a mobilidade dos indivíduos.

FORÇAS DE CISALHAMENTO E FRICÇÃO (risco extrínseco)

Resultantes da mobilização do paciente acamado;

Cisalhamento – deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes;

A fricção ocorre quando duas superfícies entram em atrito;

Geralmente provocadas quando o paciente é arrastado ou quando não tem um apoio adequado e desliza ao longo do leito.

FORÇAS EXTERNAS DE PRESSÃO (risco extrínseco)

- É a pressão aplicada de forma contínua sobre os tecidos moles localizados sobre proeminências ósseas;
- No tocante aos fatores de risco extrínsecos a literatura aponta a pressão como o de maior relevância;
- Estas forças externas impedem o fornecimento de sangue à pele, o que conduz à hipóxia, isquemia e possível necrose.

7.5 CLASSIFICAÇÃO DA LPP

Sistemas de classificação das LPP existem com objetivo de facilitar a identificação da lesão a partir da descrição de suas características. O estabelecimento de classes de acordo com critérios definidos fornece aos profissionais de saúde uma metodologia para avaliar e classificar as lesões, sendo útil ao processo de comunicação e planejamento de cuidados. São considerados quatro estágios de classificação para lesão por pressão:

Estágio I – pele íntegra com eritema não branqueável, após a remoção de pressão, ou com alterações na sensação, temperatura ou consistência. No cliente de pele escura pode ser observado a descoloração da pele.

LPP ESTAGIO I



Estágio II – perda parcial da espessura da pele com exposição da derme. Leito da ferida é viável, rosa ou vermelho, úmida e pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso intacto ou rompido.

LPP ESTAGIO II



Estágio III – perda da espessura total da pele com exposição de tecido adiposo. O tecido de granulação e a borda despregada estão frequentemente presentes. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis.

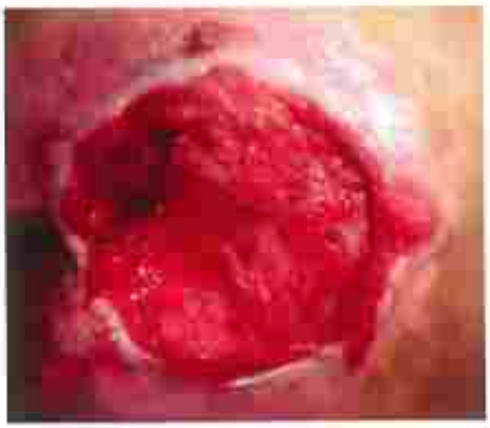
LPP ESTAGIO III



Estágio IV – perda da espessura total da pele e perda tissular. Possível comprometimento de fáscia, músculos, ossos, tendões e/ou nervos. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis. Bordas despregadas, descolamentos e/ou

tunelização ocorrem frequentemente

LPP LESAO IV



Lesão por pressão não estadiável - perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, devido a cobertura densa de esfacelo ou escara. A verdadeira profundidade e, portanto, o estágio da lesão não pode ser determinado até que suficiente esfacelo e/ou escara sejam removidos para expor a base da lesão.

LPP NÃO ESTADIÁVEL



Lesão estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação), nos calcâneos serve como "cobertura natural (biológica) corporal" e não deve ser removida.

Lesão por pressão tissular profunda – pele intacta ou não intacta com área vermelho escuro persistente não branqueável, descoloração marrom ou roxa ou separação da epiderme revelando um leito da ferida escuro ou com flictena de sangue. Presente dor e alteração de temperatura local.

LPP tissular profunda



Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico – a lesão em pele geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essas lesões são categorizadas pelo sistema de classificação de LPP.

Lesão por pressão em membranas mucosas - lesão em mucosas relacionada ao uso de dispositivos médicos no local do dano. Essas lesões não podem ser categorizadas.

7.6 COMPLICAÇÕES DA LPP

- Alteração funcional permanente ou temporária;
- Osteomielite;
- Danos psíquicos-sócio-espirituais;
- Sepse;
- Óbito.

7.7 INTERVENÇÕES

A maioria dos casos de LPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco.

As seis etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de LPP são:

ETAPA 1

Avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes

A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes:

A avaliação do risco de desenvolvimento de LPP e;

A avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas.

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas.

A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores:

a) mobilidade;

b) incontinência;

c) déficit sensitivo e;

d) estado nutricional (incluindo desidratação).

Obs. A escala de Braden é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre as várias disponíveis.

ETAPA 2

Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes de hemodiálise.

A complexidade e a gravidade dos pacientes de hemodiálise resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

Procedimento Operacional da Avaliação e Reavaliação de Risco (Etapas 1 e 2)

Recomendação: Use uma abordagem estruturada de avaliação de risco para identificar indivíduos em risco de desenvolver LPP.

Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente na admissão. Essa avaliação deve levar em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele. Devem ser utilizadas escalas preditivas, com elevado grau de confiabilidade e especificidade.

A avaliação do risco para desenvolvimento de LPP deverá ser executada através da Escala de Braden para pacientes com mais de 5 anos.

As escalas de Braden caracterizarão o paciente sem risco, com risco baixo, moderado, alto ou muito alto para desenvolver LPP. A classificação do risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para a ocorrência dessa lesão.

As escalas preditivas são, entretanto, um parâmetro que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica do enfermeiro. Assim, qualquer que seja o escore alcançado na escala, a avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para LPP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. Um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas, portanto, deve ser implementado.

A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco. Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.

As medidas preventivas para LPP descritas a seguir devem ser instituídas pelo enfermeiro após a identificação dos fatores preditivos para o risco por meio de cuidados essenciais com a pele para a manutenção da integridade cutânea.

ETAPA 3

Inspeção da pele do paciente sempre que possível

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP, de acordo com etapas 1 e 2, necessitam de inspeção diária/sessões de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, em geral da hemodiálise, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP.

Procedimento operacional da inspeção da pele (Etapa 3).

Recomendação: Examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar a existência de LPP.

Durante a admissão, examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e lesão por pressões existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para LPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, isquio, trocânter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos.

A realização de diagnóstico diferencial para a distinção entre os tipos de lesões (lesão por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites) melhora o tratamento e gerenciamento do cuidado.

A inspeção da pele deve ocorrer em intervalos pré-definidos, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas.

4 ETAPA

Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

Pele úmida é mais vulnerável, propicia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele.

Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados.

O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de LPP.

Procedimento Operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele (Etapa 4).

Higienização e Hidratação da pele

Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. È recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele.

Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia. A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de lesão por pressão.

Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares.

A massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de lesão por pressão.

Manejo da Umidade

Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso

de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de umidade, assim como a sua função de regulação da temperatura.

Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas).

Observação: Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele.

ETAPA 5

Otimização da nutrição e da hidratação

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil.

Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes malnutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas.

Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

Procedimento operacional para Nutrição (Etapa 5)

Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para lesão por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de LPP.

Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado

nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem.

Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de lesão por pressão.

O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de LPP.

ETAPA 6

Minimizar a pressão

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão.

O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e, consequentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de LPP. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal.

O reposicionamento de pacientes de risco altera ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de lesão por pressão. Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele de pacientes com risco para LPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento.

Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da lesão.

Os profissionais de saúde devem implantar estratégias de prevenção, como garantir o reposicionamento do paciente e sua colocação em superfícies de redistribuição de pressão, para todos aqueles com risco identificado.

Procedimento Operacional para Minimizar a Pressão (Etapa 6).

Mudança de decúbito ou reposicionamento

A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo.

A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento; condição individual da pele, dor e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso.

Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos.

A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo.

Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa.

O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas.

O reposicionamento deve ser feito usando 30º na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30º para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30º, a posição de deitado de lado a 90º, ou a posição de semideitado.

Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30º, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix.

Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.

Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão. Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área, maior a pressão que ela recebe. Consequentemente, sem alívio da pressão, a LPP surgirá muito rapidamente.

Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocânteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento.

A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar danos tecidual.

Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de lesão por pressão por fricção.

Observação:

Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão;

Orientar a família e paciente a utilizar colchões de espuma altamente específica, em domicílio.

A seleção de uma superfície de apoio adequada deve levar em consideração fatores como o nível individual de mobilidade, o conforto, a necessidade de controle do microclima, bem como o local e as circunstâncias da prestação de cuidados. Todos os pacientes classificados como "em risco" deverão estar sob uma superfície de redistribuição de pressão.

Uso de superfícies de apoio para a prevenção de úlcera por pressão nos calcâneos

Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície (livres de pressão).

Os dispositivos de prevenção de LPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão.

Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes.

Observação: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda – TVP.

Uso de superfície de apoio para prevenir lesão por pressão na posição sentada

Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de lesão por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira.

Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão.

OBSEVAÇÃO GERAL

Na unidade só serão realizados curativos e LPP em casos esporádicos, como por exemplo: se o paciente evacuar ou se estiver muito úmido o curativo.

Em outros casos, os curativos serão realizados nas Unidade de Básica de Saúde (ESF, Atenção Primária), visando o bem-estar e segurança do paciente, tendo com enfoque o acompanhamento diário da lesão pelo profissional capacitado da área de abrangência do paciente.

8. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Faltar de orientação para paciente com LPP	Treinar e capacitar equipe quanto a importância de orientar o paciente sobre a LPP e os possíveis riscos da não prevenção das LPP.
Falta de treinamento da equipe sobre as LPP	Treinar e capacitar a equipe sobre as LPP, suas prevenções e seus riscos caso não seja prevenida.

9. INDICADORES

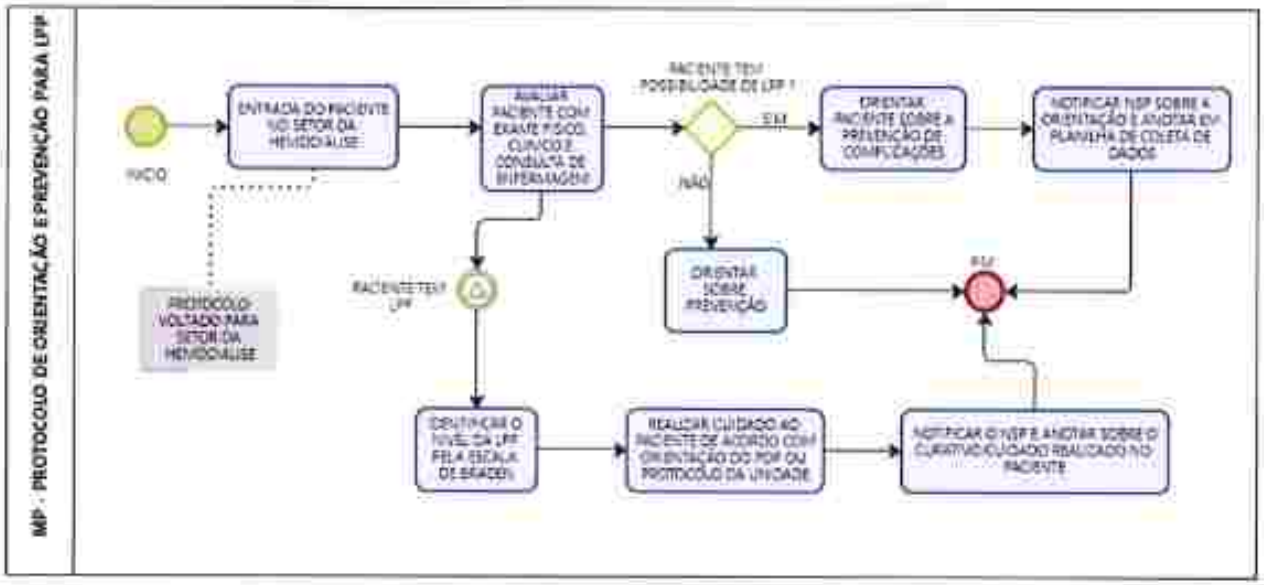
Nº de pacientes de hemodiálise com cuidados para LPP/ nº total de pacientes de hemodiálise x 100

Responsável: NSP e Enfermeira da Hemodiálise.

Nº de pacientes de hemodiálise orientados sobre a LPP/ nº total de pacientes de hemodiálise x 100

Responsável: NSP e Enfermeira da Hemodiálise.

10. MAPEAMENTO DE PROCESSO DO PROTOCOLO



11. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

PROTOCOLO CLÍNICO GERENCIADO. ISGH – INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR. Disponível em: <https://isgh.org.br/intranet/images/Dctos/PDF/ISGH/PROTOCOLOS/PCG_PROTOCOLOPREVENCAO_LESOES_DE_PELE_ISGH_130421.pdf>. Online, 2021. Acesso em: 14 set. 2021.

BRASIL. Anvisa. Práticas seguras para Prevenção de Lesão por Pressão em Serviços de Saúde. Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 03/2017. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP); EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALIANCE (PPPIA). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Osborne Park: Cambridge Media, 2016. Disponível em: Acesso em 01 de setembro de 2018.C

National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP [online]; 2007. Disponível em: http://www.npuap.org/pr2.htm 12.

Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice [online]. National Guideline Clearinghouse. December 2009. Disponível em: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12252&nbr=00634 6&string=pressure+AND+ulcer.

12.ANEXOS:

ANEXO II

FICHA TÉCNICA DO INDICADOR
Título: Taxa de pacientes orientados quanto prevenção da LPP
Origem: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos e checklist de coleta de dados

Nível da Informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Efetividade	
Descrição do numerador: Nº de pacientes da hemodiálise orientados sobre a LPP	Descrição do denominador: nº total de pacientes da hemodiálise x 100
Método de cálculo: Nº de pacientes da hemodiálise orientados sobre a LPP/ nº total de pacientes da hemodiálise x 100	
Média: > 90%	
Definição de termos: LPP: Lesão por pressão....	
Limitações: subnotificação de incidentes/eventos adversos.	
Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica.	

FICHA TÉCNICA DO INDICADOR	
Título: Taxa de pacientes cuidados ou tratados para LPP	
Origem: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos e checklist de coleta de dados	
Nível da Informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Efetividade	
Descrição do numerador: Nº de pacientes da hemodiálise com cuidados para LPP	Descrição do denominador: nº total de pacientes da hemodiálise x 100
Método de cálculo: Nº de pacientes da hemodiálise com cuidados para LPP/ nº total de pacientes da hemodiálise x 100	
Média: > 90%	
Definição de termos: LPP: Lesão por pressão....	
Limitações: subnotificação de incidentes/eventos adversos.	
Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica.	

9. PROTOCOLO DE MANEJO AO DISTÚRBIO MINERAL ÓSSEO

HEMODIÁLISE

1.OBJETIVO

Definir ações com toda a equipe assistencial para diminuir a ocorrência do distúrbio mineral ósseo nos pacientes renais crônicas. E reduzir complicações causadas por essa entidade, revisar o manejo do hiperparatireoidismo secundário em pacientes em TRS.

2. DEFINIÇÕES

O distúrbio mineral e ósseo (DMO) é um distúrbio sistêmico caracterizado por anormalidades bioquímicas (cálcio, fosfato, paratohormônio [PTH] e vitamina D) e anormalidades na remodelação óssea e calcificação extra esquelética.

O hiperparatireoidismo secundário refere-se às anormalidades bioquímicas que caracterizam o DMO na doença renal crônica.

2.1 Aplicações do objetivo do tratamento

- Os níveis séricos de fosfato devem ser mantidos entre 3,5 e 5,5 mg/dL

- Os níveis séricos de cálcio total corrigido devem ser mantidos <9,5 mg/dL

- Os valores do PTH devem ser mantidos abaixo de duas a nove vezes o limite superior para o ensaio de PTH.

2.2 Tratamento para reduzir PTH

- Tratar a hiperfosfatemia: Dieta restritiva de P orientada por uma nutricionista. Caso P permaneça com valores acima de 5,5mg/dl, associar quelantes de P na dieta

como Carboanto de Ca 500mg junto das principais refeições ou Cloridrato de Sevelamer 800mg junto das principais refeições. Atentar para efeitos gastrointestinais.

- MANTER A NORMOCALCEMIA: É importante manter o cálcio sérico <9,5 mg/dL. Não tratar especificamente hipocalcemia assintomática e leve (ou seja, >7,5 mg/dL no cenário de albumina normal).

- CALCITRIOL E ANÁLOGOS SINTÉTICOS DA VITAMINA D: São muito eficazes na redução do PTH por aumentarem a reabsorção intestinal de Ca. Entretanto também aumentam a reabsorção de P. Por isso é importante o monitoramento desses eletrólitos ao utilizar estes medicamentos. Calcitriol VO 0,25mg 3x/semana ou paricalcitol EV 5mcg/ml 3x/semana.

- CALCIMIMÉTICOS: ao aumentarem a sensibilidade do receptor de Ca na glândula paratireoide, este medicamento pode diminuir o PTH. Observar Ca mensalmente devido risco de hipocalcemia. Cinacalcete 30mg/dia a 180mg/dia. Atentar para efeitos gastrointestinais

2.3 HIPERPARATIREOIDISMO REFRATÁRIO

Elevações persistentes e progressivas PTH sérico que não pode ser reduzido a níveis <800 pg/mL, apesar do tratamento com derivados de vitamina D e cinacalcete e sem causar hiperfosfatemia ou hipercalcemia significativa. Pacientes com doença grave podem necessitar de paratireoidectomia.

Indicações de paratireoidectomia (Hiperparatiroidismo grave):

- Com hiperfosfatemia persistente
- Não responsivo ao Ca e ao calcitriol ou análogo da vitamina D (paricalcitol)
- Com intolerância ou não responsividade aos calcimiméticos
- Candidatos a transplante renal
- Com evidência de calcificação metastática
- Calcifilaxia com evidência de hiperparatireoidismo

- Prurido grave, apenas se evidencia adicional de hiperparatiroidismo

3. SIGLAS

- DRC: doença renal crônica
- DMO: distúrbio mineral ósseo
- Ca: cálcio
- P: fósforo
- PTH: paratohormônio

4. APLICAÇÃO

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

5. RESPONSABILIDADE

Equipe Médica, enfermagem e farmácia.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

kdigo.org/guidelines/ckd-mbd/

10. PROTOCOLO CLÍNICO PARA EVITAR BRONCOASPIRAÇÃO

1. OBJETIVO

Identificar os fatores de risco para broncoaspiração e assim evitá-la assim como suas consequências.

2. DEFINIÇÕES

A broncoaspiração é a condição em que alimentos, líquidos, saliva ou vômito são aspirados pelas vias aéreas podendo levar a obstrução e risco eminente de morte. Assim é essencial identificarmos os riscos precoces de broncoaspiração, são ele:

✓ Disfagia;

✓ Reflexo de tosse diminuído ou ausente;

✓ Uso de sonda gástrica / nasogástrica /gastrotomia;

✓ Rebaixamento do Nível de Consciência / Glasgow ≤ 12;

✓ Pós-operatório de cirurgia buco maxilar / cabeça e pescoço / cirurgia de grande porte;

✓ Uso de sedativos;

✓ Portadores de doenças neurológicas;

✓ Distensão abdominal;

✓ Presença de vômitos;

✓ Doenças esofágicas;

Se identificar fatores de risco para broncoaspiração, a dieta oral deve ser revista e reorganizada, em alguns casos necessitará ser suspensa, também se deve:

✓ Discutir com equipe multiprofissional a conduta adequada;

✓ Encaminhar o paciente para reabilitação fonoaudiológica;

✓ Sugerir exames objetivos;

✓ Sugerir uso de espessante;

✓ Realizar as orientações necessárias ao cuidador e/ou responsável como manter a posição de 90° graus durante ingestão de alimentos, apenas ingerir alimentos assistidos pela equipe treinada.

3.APLICAÇÃO

No setor de hemodiálise da **Policlínica Estadual da Região do**

Entorno – Formosa.

4.RESPONSABILIDADE

Médicos nefrologistas e enfermeiros da unidade

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Plano de segurança do paciente em Hemodiálise, Ananindeuma-PA, 2017- Medicina Interna, Harisson, 2018.

Manual de Diálise, quinta edição, 2015. Daugirdas JT

11. PROTOCOLO LINHA DE CUIDADO A PACIENTES EM USO DE ACESSO VASCULAR PERMANENTE

1. OBJETIVO

Estabelecer linha de cuidado para os pacientes em uso de acesso vascular permanente: fístula arteriovenosa (FAV) ou prótese e temporários: cateter de curta e longa duração.

2. DEFINIÇÕES

2.1 FÍSTULA ARTERIOVENOSA E ENXERTO ARTERIOVENOSO (PRÓTESE)

É o acesso vascular ideal para hemodiálise crônica é aquele que proporciona um bom fluxo sanguíneo, apresenta uma longa vida útil, baixo índice de complicação como infecção e trombose, baixo custo e realizado por profissional competente.

A FAV é preferível aos outros acessos vasculares pela menor incidência de infecção e trombose, menor custo e maior sobrevida, acima de 5 anos.

O enxerto vascular com prótese é a segunda opção com sobrevida acima de 3 anos e o cateter venoso central tunelizado (CVCt) a terceira opção com sobrevida ao redor de 1 ano.

Dentre as complicações mais frequentes destacam-se as infecções, tromboses, sangramentos, baixo fluxo e aneurismas. No início de toda sessão de diálise o acesso vascular deve ser cuidadosamente avaliado para diagnóstico e tratamento precoce destas complicações.

As complicações crônicas mais frequentes são:

- Estenose: a causa mais comum: punções repetidas no mesmo local. Quando for abaixo da punção arterial observa-se baixo fluxo. Quando for acima da punção venosa observa-se pressão venosa aumentada

- Trombose: as causas mais comuns são: episódios de hipotensão arterial, erro técnico de punção (lesão do endotélio) hematócrito elevado ou trombose de subclávia.

- Aneurisma: ocorre por fraqueza da parede ou estenose (mais frequente na FAV)

- Pseudo-aneurisma: dilatação formada por um hematoma que tem comunicação com o vaso ocorrendo por punção mal feita

- Infecção: complicações que podem ser evitadas através da reeducação do paciente sobre lavagem de braço, higiene das unhas e aprimoramento técnico do pessoal de enfermagem;

- Sangramentos: revisão da dose de heparina, presença de HAS não controlada, uso de anticoagulantes orais, investigar trombose de veia subclávia.

- Síndrome do roubo: o sangue é desviado pelo sistema venoso pois esse possui menor resistência o que resulta em isquemia da mão provocando dor, palidez e diminuição da temperatura da extremidade distal ao acesso vascular

- Início ou piora de insuficiência cardíaca congestiva, especialmente se prótese

2.2 CATETER VENOSO CENTRAL TUNELIZADO

As principais indicações para realização de passagem de acesso de longa permanência seriam: leito vascular sem condições de confecção de FAV ou prótese; desnutrição grave, insuficiência cardíaca congestiva; doenças terminais; transplante renal em até 6 meses; mudança temporária de método dialítico.

O risco de infecção, trombose, disfunção é superior se comparado à FAV ou à prótese o que encurta sua sobrevida e acarreta alta morbi- mortalidade ao paciente.

2.3 CATETER VENOSO CENTRAL NÃO TUNELIZADO

O CVCnt NÃO DEVE ser utilizado como acesso definitivo para pacientes portadores de doença renal crônica, apenas nos casos agudos ou naqueles crônicos por falência aguda de acesso definitivo. Estima-se que septicemia relacionada ao cateter pode ocorrer em 2% a 20% dos casos.

2.4 MONITORIZAÇÃO DO ACESSO VASCULAR QUANDO CATÉTERES

No início de toda a sessão de diálise a equipe de enfermagem checa sinais e sintomas do paciente(febre, dor local) e complicações:

- Higiene do curativo
- Secreção ou hiperemia no local de inserção
- Sangramento: se necessário encaminhar para a cirurgia vascular
- extrusão do cuff: encaminhar para a cirurgia vascular
- Fluxo de sangue abaixo do mínimo ideal: se necessário encaminhar para a cirurgia vascular

- Pressão venosa na máquina de diálise: se elevada descartar trombose de subclávia

Todo CVC deve receber o dispositivo TEGO.

Os cateteres devem ser fechado com heparina, quando dispositivo com mal funcionamento a critério médico utilizar trombolíticos, entretanto em casos reincidentes encaminhar para a avaliação do cirurgião vascular

2.5 CUIDADOS NA INSERÇÃO

- exame físico com ênfase na região cervical (checar uso de marcapasso, história detraumas cervicais, leito vascular do membro)
- coagulograma
- implante com técnica adequada
- checar fluxo sanguíneo do cateter
- checar sinais vitais e realizar ausculta pulmonar após implante
- RX de controle: afastar hemotórax, pneumotórax, lesão do plexo braquial ou US point of care.
- não utilizar heparina na sessão de diálise

2.6 OBSERVAÇÕES GERAIS

Pacientes oriundos de outro serviço com CVCnt poderão coletar hemocultura a critério médico

Providenciar o mais rápido possível avaliação da cirurgia vascular para definir acesso permanente, os mesmos devem ser encaminhados com ecodoppler de membros superiores e risco cirúrgico.

3. SIGLAS

CVC - cateter venoso central

CVCnt - cateter venoso central não tunelizado

CVCt - cateter venoso tulenizado

FAV - fistula arteriovenosa

US - Ultrassom

4. APLICAÇÃO

No setor de hemodiálise da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.**

5. RESPONSABILIDADE

Médicos nefrologistas e enfermeiros da unidade

11. PROTOCOLO DE SBAAR

1. OBJETIVO

Realizar o protocolo SBAR como forma de comunicação segura para um melhor tratamento do paciente renal crônico dialítico da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**.

2. **DEFINIÇÕES**

O SBAR é uma forma de comunicação estruturada e fácil de usar que permite que as informações sejam transferidas com precisão entre os indivíduos, tem sido usado com sucesso em muitos ambientes diferentes de saúde, particularmente relacionados à melhoria da segurança do paciente. O SBAR consiste em perguntas rápidas padronizadas de quatro seções para

garantir que o pessoal compartilhe informações concisas e focadas. Permite que a equipe se comunique de forma assertiva e efetiva, reduzindo a necessidade de repetição e a probabilidade de erros.

O SBAR ajuda a fornecer uma estrutura para uma interação que ajuda tanto quem fornece a informação quanto para quem a recebe. Ajuda para quem fornece a informação garantindo que ele formule seu pensamento antes de tentar comunicá-lo a outra pessoa. O receptor sabe o que esperar e ajuda a garantir que o fornecedor de informações não seja interrompido pelo receptor com perguntas que serão respondidas mais tarde na conversa. O SBAR pode ser usado em qualquer ambiente, mas pode ser particularmente eficaz na redução da barreira de comunicação entre diferentes disciplinas e entre diferentes níveis de pessoal. Quando os funcionários usam a ferramenta em um ambiente clínico, eles fazem uma recomendação que garanta que o motivo da comunicação seja claro. Isto é particularmente importante em situações em que os funcionários podem sentir-se desconfortáveis em fazer uma recomendação, por exemplo, aqueles que são inexperientes ou que precisam se comunicar com alguém que é mais antigo do que eles. O uso de SBAR fornece clareza à comunicação e evita o processo não confiável de "conflitos e ansiedade" que a outra pessoa possa entender.

Embora o SBAR seja uma ferramenta simples e eficaz, incorporá-lo pode levar esforço e exigir treinamento significativo. Pode ser muito difícil mudar a forma como as pessoas se comunicam, particularmente com pessoal superior.

O SBAR pode ser usado em qualquer lugar, incluindo:

- Internação ou ambulatorial
- Comunicações urgentes ou não urgentes
- Conversas entre médicos, pessoalmente ou pelo telefone - particularmente útil em comunicação de enfermeira para médico.
- Conversas entre pares - mudança de relatório de turno
- Comunicação entre diferentes disciplinas, por exemplo, atendimento domiciliar e departamento de emergência
- Levantando uma preocupação

SIGLAS

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

PA – Pressão Arterial

ECG – eletrocardiograma

DM – diabetes mellitus

UTI – Unidade de terapia intensiva

SBAR – Situation (Situação), Background (contexto), Assessment (avaliação), Recommendation (recomendação)

3. APLICAÇÃO

No setor de hemodiálise da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**.

4.RESPONSABILIDADE

Médicos nefrologistas e equipe de enfermagem da unidade de hemodiálise.

5. Materiais

- Esfigmomanômetro para medição da pressão arterial.
- Prontuários médicos para registro dos dados dos pacientes.
- Equipamentos para exames físico como estetoscópico, oximetro, e exames complementares conforme indicação médica.

6. Protocolo de utilização do SBAR na hemodiálise

S - Situation (Situação)

- Identifique-se na unidade de onde você está chamando.
- Identifique o paciente pelo nome e o motivo da sua comunicação.

• Descreva sua preocupação.

O exemplo a seguir mostra como explicar uma situação específica: O paciente S.L.N da sala 2 de hemodiálise apresentou dor torácica típica, câimbra em membro inferior esquerdo e a PA encontra-se 180x80mmhg, cessado a retirada de ultrafiltrado, feito 100 ml de SF 0,9% em bolus endovenoso sem melhora do quadro.

B - Background (contexto)

• Dê o motivo para admissão do paciente.

• Explicar histórico médico significativo.

• Informar o receptor das informações do histórico do paciente: admitir diagnóstico, data de admissão, procedimentos prévios, medicamentos atuais, alergias, resultados laboratoriais pertinentes e outros resultados diagnósticos relevantes.

Exemplo: Paciente S.L.N é renal crônico dialítico há 8 anos, é HAS e DM, faz uso de 3 classes de anti-hipertensivos orais com boa aderência a tratamento, é insulino-dependente fazendo uso de NPH 10-0-5 ui/dia. Chegou à unidade de diálise assintomático mas com alto ganho de peso interdialítico relacionado aos hábitos de vida.

A - Assessment (avaliação)

• Sinais vitais.

• Padrão de contração.

• Observações clínicas, preocupações

Exemplo: Mediante não melhora clínica e avaliação de glicemia, saturação, frequência cardíaca, ECG 12 derivações e exame físico, pode-se aventar hipóteses diagnósticas: SCA? Paciente encontra-se abaixo de peso seco?

Como a **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** oferece realização de rx de tórax, tomografia computadorizada pode-se usar esses recursos até encaminhamento de paciente para unidade hospitalar caso tenha indicação.

R - Recommendation (recomendação)

• Explique o que você precisa - seja específico sobre solicitação e prazo.

• Dê sugestões

• Esclareça as expectativas.

Exemplo: Caso o paciente tenha melhora clínica e se o médico não julgar que tem indicação de internação ele poderá fazer investigação ambulatorial, mas caso tenha indicação de internação, o paciente é regulado via complexo regulador estadual (CRE) e mediante a liberação da vaga no Hospital retaguarda, ele será encaminhado e o transporte é realizado pela viatura avançada disponibilizada para o paciente em hemodiálise na unidade.

12. PROTOCOLO DE CUIDADO AO EDEMA AGUDO DE PULMÃO EM PACIENTES RENAIS CRÔNICOS

Hemodiálise

1. OBJETIVO

Identificar o edema agudo de pulmão de forma precoce e assertiva para que o tratamento seja realizado de forma adequada nos pacientes renais crônicos dialíticos.

2. DEFINIÇÕES

O edema agudo de pulmão (EAP) é uma síndrome clínica em que ocorre acúmulo de fluído nos espaços alveolares e intersticiais dos pulmões. O resultado do processo é caracterizado por hipoxemia, aumento no esforço respiratório, redução da complacência pulmonar e redução da relação ventilação-perfusão. No paciente renal crônico está relacionado na grande maioria das vezes a hipervolemia devido ao alto ganho de peso entre uma sessão de diálise e outra, mas também pode-se tratar-se de insuficiência cardíaca descompensada, infarto agudo do miocárdio, crise hipertensiva entre tantas outras causas.

2.1 Sintomas:

•Opressão torácica

•Dispnéia intensa, cianose

•Pico hipertensivo associado

•Secreção rósea na via aérea

2.2 – Causas:

•Hipervolemia

•Insuficiência cardíaca descompensada

•Crise Hipertensiva

•Infarto Agudo do Miocárdio

•Valvulopatias

•Infecções

•Intoxicações – uso de cocaína

2.3 Tratamento:

- Assistência ventilatória imediata - oxigênio sob cateter nasal ou máscara4-5 litros/min. Quando disponivel avaliar realizar de VNI para melhor estabilização mas reavaliar em intervalos curtos os critérios de IOT para proteção de via aérea.
- Manter o paciente sentado e/ou tronco elevado.
- Monitorização dos sinais vitais de forma continua: pressão arterial, frequencia cardíaca, ritmo cardíaco e saturação.
- Medicações que podem ser utilizadas:

-Diuréticos: furosemida

-Vasodilatadores: nitroprussiato de sódio, dinitrato de isossorbida (isordil), propatilnitrato (sustrate), morfina.

- Terapia renal substitutiva

Enquanto é feita estabilização clínica, deve-se programar o início rápido da terapia renal substitutiva, por vezes e a depender da gravidade do quadro clínico, o paciente deverá ser direcionado para ambiente hospitalar para sua maior segurança, na terapia dialítica programa-se a ultrafiltração(UF) de forma acentuada com meta de balanço hídrico negativo a fim de retirar o excesso de líquido pulmonar.

À medida em que a UF ocorrer e se o paciente estiver com uso de vasodilatador, o mesmo deve ser reduzido progressivamentea para evitar hipotensão severa, o desmame de oxigenio também deve acontecer mediante melhora do padrão respiratório até o paciente ser capaz de permanecer em ar ambiente.

Ao mesmo tempo da instituição do tratamento do EAP deve-se realizar a investigação da prováveis etiologias do EAP; verificar se tratou-se apenas de excesso de líquidos pelo alto ganho de peso interdialítico ou se o paciente apresentou mais alguma complicação como síndromes coronarianas agudas, intoxicações, infecções e as demais causas possíveis listadas acima.

3. SIGLAS

EAP: Edema agudo de pulmão

HD: hemodiálise

UF: ultrafiltração

IOT: intubação orotraqueal

VNI: ventilação não invasiva

4. APLICAÇÃO

Na hemodiálise da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**.

5. RESPONSABILIDADE

Equipe Médica, Enfermagem e de Fisioterapia.

13.PROTOCOLO DE CUIDADO A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTE DIALÍTICO

1. OBJETIVO

Estabelecer padrões de conduta que otimizem o manejo clínico dos indivíduos portadores de hipertensão arterial em tratamento dialítico no intuito de reduzir as complicações cardiovasculares.

2. DEFINIÇÕES

A principal relevância da identificação e controle da hipertensão arterial sistêmica reside na redução das suas complicações, tais como doença cerebrovascular, doença coronariana, insuficiência cardíaca e doença arterial periférica. É altamente prevalente nos pacientes em diálise (60% a 90%) e continua a ser a principal etiologia da DRC terminal no Brasil. Na população dialítica fatores importantes devem ser levados em consideração na abordagem clínica da HAS como: hipervolemia (causa mais importante devido a retenção de sódio e líquido), hiperatividade do sistemarenina angiotensina aldosterona (SRAA), hiperatividade simpática alfa ou beta, diminuição da resposta vasodilatadora dependente do endotélio, hiperparatireoidismo, uso de eritropoietina, elevada concentração de sódio do dialisato, uso de drogas ilícitas como cocaína.

Múltiplos aspectos também deverão ser considerados para o planejamento terapêutico como idade, presença de doença cardiovascular, presença de diabetes ou outras comorbidades, polifarmácia, tolerância, posologia e custo da medicação específica para controle da hipertensão.

Para alvo de tratamento lembrar que a associação entre pressão arterial e mortalidade em pacientes em hemodiálise tem distribuição em "U" tanto para a PA sistólica como diastólica, de tal forma que tanto os níveis elevados, quanto os abaixo do alvo (este especialmente em idosos), relacionam-se com mau prognóstico.

2.1 Diagnóstico

Não existem estudos suficientes para embasar, com grau de evidência satisfatório, o diagnóstico de HAS nos pacientes em hemodiálise; contudo, os valores mais aceitos para esse propósito são para as pressões arteriais pré-HD ≥ 140/90 mmHg e pós-HD ≥ 130/80 mmHg, respectivamente. A pressão arterial pré diálise, em geral é superestimada, assim como é subestimada quando obtida após a diálise. As medidas de PA residencial são mais reprodutíveis que as obtidas no pré e pós diálise, apresentam boa associação com a verificação da MAPA bem como com o prognóstico cardiovascular.

→ O Alvo de PA do paciente renal crônico dialítico é < 140 x 90 mmHg pré HD

2.2 Tratamento não medicamentoso:

- Encorajar mudanças no estilo de vida: manter IMC entre 20-25
- Restrição hídrica de acordo com o volume urinário residual
- Manter peso seco: instruir o paciente a não ganhar mais que 3% de seu peso corporal entre as sessões de diálise
- Redução do consumo de sal: abaixo de 5,0 g sal ou 2,3 cloretos de sódio por dia
- Controle na prescrição do sódio no dialisato: usualmente adotamos [Na+] = 138 mEq/L
- Exercício físico como caminhada 5 x semana por no mínimo 30 minutos
- Abandono do tabagismo; abandono do uso de drogas ilícitas
- Moderação no consumo de bebidas alcoólicas
- Controle do estresse psicoemocional
- Rever dose de eritropoietina ou uso de outras drogas hipertensivas

2.3 Tratamento medicamentoso:

A escolha dos anti-hipertensivos deve ser individualizada e baseada em características como comorbidades, efeito cardioprotetor do fármaco, características farmacocinéticas intra e interdialíticae efeitos colaterais. A utilização de beta-bloqueadores, especialmente os cardiosseletivos, está associada à redução de mortalidade global e morbidade de origem cardiovascular. O uso de bloqueadores do sistema renina-angiotensina-aldosterona (IECA ou BRA) se relacionada com a diminuição da hipertrofia ventricular esquerda, da atividade simpática, da velocidadde da onda de pulso e melhora da função endotelial. Bloqueador do canal de cálcio deve ser utilizado como associação medicamentosa ou quando existe contraindicação de beta bloqueador e/ou IECA/BRA.

2.4 Efeitos colaterais dos anti-hipertensivos:

• bloqueadores adrenérgicos em indivíduos diabéticos podem agravar a hipotensão ortostática devido a neuropatia autonômica; a clonidina pode causar hipertensão paradoxal. Bloqueadores α-adrenérgicos como metildopa, clonidina podem agravar a perda de libido, sensação de boca seca, sonolência, galactorreia

• bloqueadores β-adrenérgicos como propranolol, atenolol podem agravar doença pulmonar, doença vascular periférica, bradicardia, insônia, hipertrigliceridemia com elevação do LDL e mascarar os sintomas de hipoglicemia

• vasodilatadores como hidralazina podem ocasionar taquicardia reflexa

• bloqueadores de canal de cálcio de longa duração podem ocasionar cefaléia, edema maleolar, rubor facial

2.5 Tratamento anti-hipertensivo de escolha em algumas situações clínicas

- Angina - > β-bloqueador
- Pós-infarto -> β-bloqueador, IECA ou BRA, estatina, AAS
- Insuficiência Cardíaca -> BRA, β-bloqueador, Diurético
- Doença Vascular Periférica -> Sem preferência mas está contra indicado B-bloqueador
- Diabetes -> IECA ou BRA, BCC, Diurético
- Asma -> Sem preferência mas está contra indicado B-bloqueador

- Doença hepática -> Sem preferência mas está contra indicado metildopa
- Gestação -> Simpaticolítico central (Metildopa), BCC (nifedipina)

2.6 Predição e prevenção de pré-eclâmpsia em mulheres gestantes

Define-se como hipertensão gestacional após 20ª semana de gestação. Diverge o diagnóstico de hipertensão arterial crônica diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e que não normaliza no período pós-parto. Baixas doses de ácido acetilsalicílico (AAS) 75 a 150 mg/dia ao final do primeiro trimestre da gestação podem ser úteis na prevenção primária de pré-eclâmpsia em gestantes com risco moderado e aumentado para pré-eclâmpsia.

A predição de pré-eclâmpsia deve ser feita, preferencialmente, no primeiro trimestre por meio de avaliação que leva em conta a história clínica materna – fatores de risco – associada à ultrassonografia com Doppler que verifica se há resistência ao fluxo nas artérias uterinas.

Sugere-se iniciar o tratamento medicamentoso quando a PA estiver acima de 150/100 mmHg. O uso de IECA/BRA e β-bloqueador atenolol são contraindicados na gestação. A terapia medicamentosa deve ser iniciada como monoterapia pelos medicamentos considerados de primeira linha: metildopa, nifedipina de ação prolongada. Caso não ocorra o controle adequado, associar outro medicamento de primeira linha ou de segunda linha (diurético tiazídico, clonidina e hidralazina), evitando-se a combinação de medicamentos da mesma classe farmacológica. Recomenda-se o uso de sulfato de magnésio para a prevenção e o tratamento da eclampsia, a critério do acompanhamento obstétrico.

SIGLAS

HAS: hipertensão arterial sistêmica

MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial

PA: Pressão arterial

HD: hemodiálise

IMC: Índice de massa corporal

IECA: inibidor da enzima conversora da angiotensiva

BRA: bloqueadores dos receptores de angiotensina

BCC: bloqueador de canal de cálcio

13. APLICAÇÃO

Na hemodiálise da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.**

14. RESPONSABILIDADE

Equipe Médica da Hemodiálise e de enfermagem da Policlínica

14. PROTOCOLO DE CONTROLE GLICÊMICO EM PACIENTES DIABÉTICOS EM TRATAMENTO DIALÍTICO

1. OBJETIVO

Estabelecer padrões de conduta para otimizar o controle glicêmico nos diabéticos em tratamento dialítico.

2. DEFINIÇÕES

O envelhecimento da população, a elevação na prevalência e na sobrevida dos pacientes com DM são algumas das causas responsáveis pelo aumento da

participação da nefropatia diabética como uma das causas mais frequentes de DRC, apesar da grande evolução no arsenal terapêutico para o tratamento da hiperglicemia, como os análogos de insulina e a grande variedade de agentes anti-hiperglicêmicos com diferentes mecanismos de ação e eficácia.

A DRC geralmente cursa com resistência à insulina 2 secundária ao aumento dos níveis plasmáticos dos hormônios contrarreguladores (glucagon, cortisol, hormônio do crescimento e as catecolaminas) causados pela excreção renal reduzida; a afinidade da insulina pelos receptores celulares está diminuída na presença de acidose metabólica e pela redução da captação de glicose pelas células musculares esqueléticas. Por outro lado, com a evolução da doença renal, ocorre redução da degradação da insulina, aliada à redução do metabolismo hepático de insulina induzido por toxinas uremias.

O bom controle da glicemia continua a ser prioridade quando o paciente com DM desenvolve DRC, já que pode retardar principalmente o desenvolvimento e progressão das complicações microvasculares, limita a hipercalemia, previne o catabolismo e minimiza as infecções.

Nos pacientes com DM em hemodiálise, a hiperglicemia pode levar a um maior ganho de peso entre as sessões, à dificuldade no controle da HAS, hipercalemia grave, anorexia, fraqueza e alterações no nível de consciência ou a apenas sintomas vagos e inespecíficos.

Apesar de complexo, os objetivos para o controle glicêmico dos pacientes diabéticos com doença renal crônica dialítica devem ser rígidos e o fator limitante será a ocorrência das hipoglicemias.

b. **Tratamento não medicamentoso**:

Restrição hídrica de acordo com o volume urinário

Rígida orientação dietética

Exercício físico regular

Abandono do tabagismo

Abandono de uso de bebidas alcoólicas

Aderência adequada ao tratameto dialítico

c. **Tratamento medicamentoso com Insulinoterapia:**

Em indivíduos com DM2 em HD e HbA1c acima da meta (7,0) é recomendado prioritariamente o uso de insulina. A individualização terapêutica é muito importante nos portadores de ND, principalmente naqueles com estágio 5, pelo risco aumentado de hipoglicemia. De modo geral, os análogos de insulina parecem apresentar menor risco de hipoglicemia e melhor controle pós prandial, comparados à insulina humana.

Em relação às insulinas basais, glargina, degludeca e detemir são estáveis e eficazes, mas há poucos estudos nesta população (pacientes com ND), indicando que estão associadas à redução de hipoglicemia.

Mediante o que temos atualmente no sistema único de saúde as insulinas que serão utilizadas são a NPH e a insulina rápida, com possibilidade de prescrevermos análogos basais ou de ação ultrarrápida apenas em pacientes que não consigam obter um bom controle ou que apresentem variabilidade glicêmica importante, ou mesmo hipoglicemias freqüentes.

Em pacientes DM em diálise, é recomendada a utilização de esquemas de insulina baseados no horário da hemodiálise e nos níveis de glicemia pré e pós-diálise, sendo necessária a redução de pelo menos 25% da dose de insulina rápida ou ultrarrápida aplicada logo antes da refeição anterior à diálise. Em geral, os pacientes em diálise utilizam dois esquemas de insulina, um para o dia do procedimento e outro para os dias sem procedimento. Deve-se individualizar o esquema de insulina, quando em uso, com base na hora da hemodiálise e nos valores de glicemia conforme ilustração abaixo.

Outro ponto importante é não suspender a insulina nos portadores de DM-1, devido ao risco da cetoacidose.

3. SIGLAS

DM: diabetes mellitus

DRC: doença renal crônica

HAS: hipertensão arterial sistêmica

HD: hemodiálise

HbA1c: hemoglobina glicada

ND: nefropatia diabética

4. APLICAÇÃO

Na hemodiálise da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.**



5. **RESPONSABILIDADE**

Equipe Médica da Hemodiálise e enfermagem

15.PROTOCOLO DE CUIDADOS PARA PACIENTES RENAIS CRÔNICOS PORTADORES DE HEPATITE B.

1. OBJETIVO

Estabelecer um fluxograma de condutas para pacientes renais crônicos dialíticos que se tornarem portadores de hepatite B na hemodiálise da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**.

2. DEFINIÇÕES

A utilização correta do esquema de vacinação é um dos principais fatores responsáveis pela redução da incidência mundial de várias doenças como a hepatite B.

Mas a resposta à vacinação no paciente DRC é inferior se comparada à população geral e a manutenção do título de anticorpos nem sempre é sustentada. Assim, o paciente da hemodiálise, deverá realizar os exames de sorologia para hepatite B conforme orientação do ministério da saúde, semestralmente, para verificar encontra-se imunizado para hepatite B assim como se está em vigência de doença aguda.

O esquema de vacinação para Hepatite B é feita de acordo com o calendário vacinal da PNI.

3. PLANO DE AÇÃO

Na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**

contamos apenas com uma única sala para TRS, denominada sala Branca, ou seja, apenas para pacientes não portadores de hepatite B. Não é permitido admissão de paciente com sorologias desconhecida por termos atualmente essa sala única para diálise e assim precisamos manter a segurança quanto a transmissibilidade do vírus da hepatite B para os pacientes do programa dialítico.

Caso aconteça a conversão da sorologia de Hepatite B em algum dos nossos pacientes, necessitaremos transferi-lo de unidade devido a nossa estrutura não comportar a sala amarela, até a execução do projeto arquitetônico, a comunicação para transferência será feita diretamente com a secretaria de saúde e o CRE, e deverá ser feita o mais breve possível para segurança dos demais pacientes. Até que o paciente seja de fato transferido, faremos como plano de contingência o encaminhamento para a **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** -Go, a qual dispõe de sala amarela e dispomos de transporte para alguns pacientes já em tratamento, com a autorização do CRE e da SES.

4. SIGLAS

DRC – doença renal crônica

TRS – terapia renal substitutiva

HD – Hemodiálise

PNI – Política Nacional de Imunização

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada.

SES – Secretaria Estadual de Saúde

CRE – Complexo Regulador Estadual

5. APLICAÇÃO

Setor de hemodiálise da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.**

6. RESPONSABILIDADE

Médicos nefrologistas, enfermeiros e bioquímicos.

15. PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HEMODIÁLISE

1. INTRODUÇÃO

Na literatura mundial observou-se que há uma frequência de 10% de eventos adversos relacionados à assistência.

No Brasil, pesquisa recente em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro identificou uma incidência de 7,6% de pacientes com eventos adversos, sendo 66,7% destes com eventos adversos evitáveis (Mendes,2009).

Esse contexto incentivou na última década a promoção de diferentes iniciativas para garantir cuidados de saúde mais seguros.

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) PLN.NSP.001/2022-00 é constituído de ações de orientações administrativas com foco primordial em prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência aos pacientes e aos profissionais da instituição.

A Portaria Ministerial 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Regulamentada pela RDC 36/2013, a qual institui as Ações Para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, possui foco na promoção de ações voltadas à segurança do paciente em âmbito hospitalar.

2. OBJETIVOS

O objetivo da criação do Protocolo de Segurança do Paciente é regulamentar as ações de segurança do paciente. Inclui o reconhecimento e mapeamento dos riscos institucionais relacionados à especificidade da epidemiologia local e aos processos assistenciais, de forma a estimular a criação de uma cultura de gerenciamento desse cuidado, bem como organizar as estratégias e as ações que previnam, minimizem e mitiguem os riscos inerentes a estes processos.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✓ Identificar e estabelecer os riscos assistenciais associados aos processos de trabalho na unidade;

✓ Realizar o processo de gestão dos riscos identificados;

✓ Promover a melhoria de resultados através das análises das ocorrências dos diversos tipos de incidentes: circunstâncias notificáveis com grande potencial para danos, incidentes, eventos adversos, a fim de oportunizar a revisão de processos e metodologias sistematizadas que garantam a segurança em diferentes âmbitos;

✓ Promover cultura de segurança, programar ações de controle dos riscos bem como monitorá-los, atenuando e minimizando suas consequências com maximização dos resultados.

3. Identificação adequada do paciente e tudo que está relacionado ao mesmo

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.

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.

Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente. Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário

usar pelo menos dois identificadores em um crachá branco padronizado, colocado na roupa do paciente. Na admissão do paciente na clínica de hemodiálise é aberto o prontuário do mesmo com todos os dados identificadores do paciente anexando a cópia dos documentos (RG, cartão SUS, CPF, comprovante de residência) e confeccionado o crachá identificador do paciente. Esse crachá fica com a equipe de enfermagem e é colocado no paciente na sua chegada à clínica em cada sessão de hemodiálise antes da aferição do peso e pressão arterial ou em atendimentos eventuais de intercorrências.

Para envolver o paciente/acompanhante/familiar/cuidador no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos 3.

Identificadores do crachá e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.

4. O procedimento operacional

4.1 Identificar o paciente:

A identificação de todos os pacientes deve ser realizada em sua admissão no serviço através de um crachá. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que o paciente estiver submetido ao cuidado. O crachá deve estar sempre legível, se ao contrário, deve ser substituído.

4.2 DEFINIÇÕES INSTITUCIONAIS:

Definiu-se que os dados identificadores utilizados no crachá serão nome completo, nome da mãe e data de nascimento. Também constará o risco de queda do paciente.

Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado:

A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de qualquer cuidado que inclui:

✓ A administração de medicamentos,

✓ A administração de hemoderivados,

✓ A coleta de material para exame,

✓ A realização de procedimentos invasivos;

✓ A conexão do paciente ao seu dialisador.

O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas no crachá do paciente com o cuidado prescrito.

SEMPRE verifique essas informações no crachá de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível. Lembrar que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas.

5. Estratégias de monitoramento e indicadores

Notificação dos Casos de Identificação Errada de Pacientes:

Todos os incidentes envolvendo identificação incorreta do paciente devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço. A implementação das recomendações geradas pelas investigações deve ser monitorada pelo próprio serviço de monitoramento.

Diariamente deverá ser preenchido formulário próprio para registro das intercorrências, inclusive falha na identificação dos pacientes. Todos os incidentes serão compilados em planilha mensal. Semestralmente deverá ser feita reunião multidisciplinar para expor dados e traçar novas metas de segurança.

Protocolo de Segurança do Paciente em Hemodiálise.

6. Prevenção de infecção relacionada ao acesso vascular

As causas comuns de Infecções de Corrente Sanguínea Associada a Acesso Vascular (ICSACs) são a migração de microrganismos da pele no local do sítio de inserção para o interior do trato cutâneo do cateter e a contaminação do conector do cateter.

Estas diretrizes trazem aos profissionais da saúde informações de base e recomendações específicas para reduzir a incidência de ICSACs, enfatizando estratégias para minimizar esses riscos no uso de diferentes cateteres intravasculares através de assepsia e antissepsia adequados, bem como pela aplicação correta da técnica de inserção de cateter.

7. Higienização das mãos

Realizar a antissepsia das mãos com água e sabão antisséptico ou com uma solução à base de álcool para cuidar do local de inserção do cateter e acessar o sistema, inclusive antes e após a inserção do cateter, ao tocar no local de inserção, no curativo e no sistema de infusão. Quanto mais doente está o paciente, maior é o risco de adquirir uma

infecção associada aos cuidados.

A população de pacientes portadores de DRC em hemodiálise é composta por pacientes em sua grande maioria, portadores de múltiplas doenças associadas. Esta população é sabidamente de indivíduo simunologicamente comprometidos, expostos a constantes estímulos inflamatórios durantes as sessões de hemodiálise e se encontra extremamente vulnerável a infecções cruzadas relacionada a assistência.

Segundo o Centers for Disease Controland Prevention (CDC). Estão indicados cinco momentos para a Higienização das mãos em hemodiálise:

1- Antes do contato com o paciente;

2- Antes da realização de procedimento;

3- Após a exposição a fluidos corporais ou de diálise;

4- Após contato com o paciente;

5- Após contato com a máquina de hemodiálise (para ajustes oualarmes) ou com poltronas/leito do paciente (ambiente do paciente).

Para que a higienização correta ocorra, há necessidade de disponibilizar módulo com pia, água de boa qualidade, reservatório com sabão líquido e papel toalha, sendo estes de fácil acesso para a equipe de saúde. A disponibilidade de substância alcoólica desinfetante, de fácil acesso no local da prestação de cuidado a cada paciente, também é recomendada pela OMS.

A atenção ao uso de substâncias não irritativas e que possam provocar dermatites nos pacientes e na equipe de assistência é fundamental para implantação deste cuidado. O comprometimento do Gestor da Unidade com este cuidado é fundamental para a implantação desta medida, tornando está uma prioridade institucional. Desta forma, cabe ao gestor fornecer apoio administrativo e recursos financeiros para a implantação e manutenção desta medida.

8. USO DE TÉCNICA ASSÉPTICA PARA INSERIR OS CATETERES E CUIDAR DO SÍTIO DE INSERÇÃO.

Desinfetar a pele adequadamente antes de inserir o cateter, com um tempo de contato suficiente (os antissépticos à base de álcool requerem um tempo de contato de aproximadamente 30 segundos; os outros antissépticos requerem um tempo de contato maior, geralmente ao redor de 2 minutos). Por exemplo, álcool a 70% para a inserção de um cateter periférico. Uma preparação à base de clorexidina é preferível para a inserção de cateteres centrais.

Usar luvas limpas e utilizar a técnica "sem toque" ("non-touch") para a inserção de cateter intravascular periférico após a antissepsia da pele. Usar luvas estéreis para a inserção de cateteres arteriais e cateteres venosos centrais.

8.1 CONTROLE DE QUALIDADE, EDUCAÇÃO E VIGILÂNCIA.

Programar programas educativos sobre as indicações do uso de cateteres intravasculares, procedimentos adequados para a inserção e manutenção de cateteres intravasculares e medidas adequadas de controle de infecções para prevenir ICSACs.

Assegurar que as pessoas que inserem ou cuidam de cateteres intravasculares foram treinadas e têm competência no procedimento.

Um programa de vigilância bem-organizado que monitore e avalie o desempenho do cuidado é uma das ferramentas para a prevenção de ICSACs. É preciso monitorar tanto o processo como as medidas de desfecho para os cuidados com cateteres intravasculares. No setor de Hemodiálise é registrado em planilha própria número absoluto de casos de infecção de óstio/ICS.

Não fazer culturas de ponta de cateter de rotina a menos que a fonte provável da infecção seja o cateter.

Em todos os casos de bacteremia, com ou sem retirada CDL, e diante de protocolo instituído na unidade, coletar hemocultura. Resultados das culturas são compilados em tabela mensal para comparação e análise de estratégias de ação.

8.2 Cuidados com o cateter e com o local de inserção

Usar gaze estéril/micropore para cobrir o local de inserção do cateter. Trocar o curativo em todas as sessões de diálise e sempre quando clinicamente indicado (remoção ou substituição do cateter, curativo úmido, frouxo ou visivelmente sujo). Fazer sempre inspeção do aspecto do óstio e notificar o médico assistente em casos de alteração

Observar sempre a fixação do cateter e providenciar sutura em casos de cateteres mal fixados.

Não utilizar rotineiramente pomada ou creme antibiótico tópico no local de inserção do cateter, exceto em casos selecionados e avaliados pelo médico assistente.

Remover o cateter quando não for mais usado.

8.3 CATETERIZAÇÃO DE FÍSTULAS ARTERIO-VENOSAS (FAV)

Usar o membro da FAV para inserção dos cateteres específicos para FAV em adultos. Observar o local de inserção do cateter diariamente por meio de palpação e inspeção. O paciente deve lavar o membro da FAV com sabão de clorexidina antes da punção. Fazer assepsia do local de punção com álcool a 70%. Trocar o local de inserção da agulha de FAV se houver sinais de flebite ou mau funcionamento. Notificar enfermeiro/médico em casos de sinais de infecção no local de punção. Lavar o acesso venoso com um flush de solução salina

normal para manter a potência quando não estiver sendo utilizado. Registrar em planilha própria casos de infecção.

8.4 SISTEMA DE INFUSÃO FECHADO

Sempre deve ser utilizado sistema fechado. Sistema fechado de infusão é definido como:

O recipiente da solução intravenosa é inteiramente colapsável (o resíduo após a administração não excede 5% do volume nominal), portanto não precisa da entrada de ar externo para se esvaziar.

O equipo de infusão não tem entrada de ar. Todo o sistema de infusão é mantido isolado do ambiente externo durante a infusão.

8.5 Cuidados com o líquido de infusão, medicamentos e soluções endovenosas.

Utilizar frascos de aditivos parenterais ou medicamentos de dose única, sempre que possível. Não combinar os restos do conteúdo de frascos de dose única para uso posterior.

Desinfetar o diafragma de frascos multidose com álcool a 70% antes da inserção. Usar dispositivos estéreis.

Descartar o frasco multidose de aditivo parenteral ou medicamento no caso de contaminação.

Não usar nenhum líquido parenteral ou solução IV que esteja visivelmente turvo ou contenha partículas sólidas, ou cujo recipiente tenha vazamentos ou fissuras. Guarde o item para investigação futura e notifique o caso.

Não adote a cultura rotineira de líquidos parenterais para verificar sua esterilidade como medida de controle de infecções.

Cole uma etiqueta complementar específica a cada frasco de líquido parenteral contendo aditivos, anotando o tipo de aditivo e a dose, a data e o momento em que foi feita a solução, o prazo de validade e a assinatura da pessoa que fez a solução.

8.6 Considerações especiais para a prevenção de ICSACS

Não existem evidências conclusivas que justifiquem a adoção de qualquer tipo de substância como solução para preenchimento de cateter (lock) para a prevenção de ICSACs.

Não utilize rotineiramente soluções com antibióticos para preenchimento de cateter (lock) como medida de prevenção de ICSACs. Só utilize solução antibiótica para preenchimento de cateter em situações especiais, como no tratamento de um paciente com cateter tunelizado ou com cuff de longa permanência, ou naqueles com história de múltiplas infecções apesar da adesão ideal e máxima à técnica asséptica.

O uso de cateteres revestidos de antimicrobiano ou antisséptico deve se basear na necessidade de aumentar a prevenção de ICSACs após a máxima adesão às medidas de controle de infecções (educação do pessoal, uso de precauções máximas de barreira e antissepsia da pele com clorexidina a 2%). Ainda assim, esses dois tipos de cateter só oferecem um benefício marginal na redução de ICSACs.

Os cateteres revestidos de antisséptico são preferíveis, pois não geram o risco de reações anafilactóides, superinfecção com fungos e promoção de patógenos resistentes, como ocorre no uso de cateteres revestidos com antibiótico.

Antimicrobianos profiláticos: Não administrar profilaxia antimicrobiana intranasal ou sistêmica de rotina antes da inserção ou durante o uso de um cateter intravascular como forma de prevenir a colonização do cateter ou a infecção da corrente sanguínea.

9.FARMACOVIGILÂNCIA

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.

A administração de medicações é considerada como procedimento de complexidade técnica, desta forma se faz obrigatório o cumprimento dos NOVE CERTOS na administração de qualquer substância no organismo humano.

Recomenda-se que cada instituição e unidades de saúde elaborem seus protocolos e normas para que haja uniformidade nos processos dentro dos serviços.

O paciente em hemodiálise é um paciente que em geral apresenta inúmeras comorbidades e em função disto necessita de acompanhamento com vários especialistas gerando também a necessidade de inúmeras medicações em seu ambiente doméstico. O arsenal de medicações disponíveis para o tratamento das doenças existentes atualmente é muito vasto, com isso há também um aumento dos efeitos colaterais e possível aumento do risco de uso incorreto de medições.

9.1 OS NOVE CERTOS - REBRAENSP

A implantação dos nove (9) certos proporciona uma mudança de cultura no entendimento da enfermagem, pois esta é uma categoria profissional que não apenas cumpre tarefas, mas funciona como uma barreira crítica, através do conhecimento farmacológico das drogas, seus riscos e a proximidade constante ao paciente.

1) PACIENTE CERTO: Conferir nome e sobrenome do cliente solicitando ao mesmo que diga seu nome e/ou verificar o número do leito.

2) MEDICAMENTO CERTO: Antes de preparar a medicação certificar-se mediante a prescrição qual é o medicamento, e conferir lendo, mais de uma vez, o rótulo dele.

3) DOSE CERTA: Antes de preparar de administrar a medicação certificar-se da dose na prescrição, lendo mais de uma vez e comparando com o preparado.

4) VIA CERTA: Antes de aplicar a medicação, certificar-se da via mediante prescrição, lendo mais de uma vez e só então aplicar.

5) HORA CERTA: Aplicar no horário previsto na prescrição, e no espaço de tempo determinado, 6/6h, 8/8h, atenção especial à administração de antibióticos e hemoderivados.

6) TEMPO CERTO: Na aplicação da medicação, respeitar o tempo previsto na prescrição, por exemplo, se for em 30 minutos, ou em quatro horas, controlar adequadamente o gotejamento ou programar corretamente as bombas de infusão contínua ou bombas de seringa, controlando, dessa forma, a infusão conforme prescrição.

7) VALIDADE CERTA: Antes de preparar a medicação sempre conferir a data de validade, NUNCA aplicar medicação vencida. Estabelecer uma rotina de verificação e controle de validade nos setores, em parceria com a farmácia.

8) ABORDAGEM E RESPOSTA CERTA: Antes de administrar o medicamento deve-se esclarecer ao paciente qualquer dúvida existente referente ao mesmo e deve-se levar em consideração o direito de recusa do medicamento, pelo cliente. O primeiro passo sempre é dizer ao paciente qual medicação será administrada, qual é a via, principal ação do medicamento e como será feita a administração, sobretudo, medicações que haja colaboração e ação do cliente como as sublinguais a explicação deve ser dada. Fale sempre de maneira clara e objetiva e esclareça o cliente.

9) REGISTRO CERTO: Após aplicar a medicação registrar no prontuário checando com rubrica e ainda anotando queixas, efeitos da medicação, suspensão ou não aceitação de medicação.

9.2 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.

9.3 SUPORTE ELETRÔNICO PARA PRESCRIÇÃO

Utilizamos programa informatizado para prescrição de medicamentos com suporte clínico que forneça minimamente informações sobre: doses máximas para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e/ou com índice terapêutico estreito; interações medicamentosas clinicamente significativas; alergias; apresentações e concentrações padronizadas disponíveis na instituição.

9.4 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, utilize fontes de informação sobre medicamentos atualizados e baseados 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, dispensadores de medicamentos e enfermeiros.

9.5 PRÁTICAS SEGURAS PARA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Os sistemas de distribuição de medicamentos em hospitais podem ser classificados em: coletivo, individualizado, misto, dose unitária e sistema automatizado.

O tipo de sistema de distribuição adotado tem relação direta com a frequência de erros. O sistema coletivo é caracterizado pela distribuição dos medicamentos por unidade, mediante solicitação da enfermagem para todos os pacientes da unidade. Implica a formação de sub estoques de medicamentos nas unidades, os quais ficam sob responsabilidade da equipe de enfermagem. A reposição é feita periodicamente, em nome da unidade, por meio de requisições enviadas à farmácia.

IMPORTANTE: Esse sistema de distribuição de medicamentos é considerado inseguro e DEVE ser abolido dos estabelecimentos de saúde.

O sistema individualizado é caracterizado pela distribuição dos medicamentos por paciente, de acordo com a prescrição médica, geralmente para um período de permanência do paciente na unidade. Esse sistema se mostra mais seguro que o sistema coletivo, entretanto, menos seguro que o sistema por dose unitária.

O Sistema misto é caracterizado pela combinação dos sistemas coletivo e individualizado coexistindo.

Importante: O Sistema misto mantém riscos elevados associados à distribuição coletiva.

Recomenda-se aos estabelecimentos de saúde o sistema de dose unitária. O sistema de distribuição por dose unitária consiste na distribuição dos medicamentos com doses prontas para a administração de acordo com a prescrição médica do paciente. A dose do medicamento é embalada, identificada e dispensada pronta para ser administrada, sem necessidade de transferências, cálculos e manipulação prévia por parte da enfermagem antes da administração ao paciente.

No setor de Hemodiálise é empregado o Sistema individualizado. Os medicamentos são distribuídos de forma individualizada para cada sessão de diálise do paciente (Ex: heparina, antibiótico) de acordo com a prescrição de cada paciente.

9.6 ESTRATÉGIAS PARA DISPENSAÇÃO SEGURA RELACIONADAS À PRESCRIÇÃO

Realizar a análise farmacêutica das prescrições (Portaria GM/MS 4283/2010), priorizando aquelas que contêm antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, observando-se concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação.

Em farmácias ambulatoriais, as etapas de recebimento da prescrição, separação e dispensação dos medicamentos ao paciente devem ser realizadas com dupla conferência dos medicamentos em ambiente exclusivo para essa finalidade.

A dispensação deve ser restringida por meio de ordem verbal exclusivamente para situações de urgência e emergência, devendo a prescrição do medicamento ser entregue na farmácia imediatamente após a normalização da situação que gerou a ordem. Nesses casos, o profissional da farmácia que ouviu a ordem verbal deverá repetir o que escutou para certificar-se da informação, procedendo à dispensação e registrando sua ocorrência em formulário específico.

10. PREVENÇÃO DE QUEDAS

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 comprometem a estabilidade.

A queda é um evento frequente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, declínio na saúde ou até morte. A queda é causada por uma instabilidade que é a "falta de capacidade para corrigir o deslocamento do corpo, durante seu movimento no espaço".

Diversos fatores de risco e múltiplas causas interagem como agentes determinantes e predisponentes, tanto para quedas acidentais quanto para quedas recorrentes, impondo aos profissionais de saúde o grande desafio de identificar e agir sobre os fatores de risco modificáveis e tratar os fatores etiológicos e comorbidades presentes.

Evitar o evento de queda é considerado hoje uma conduta de boa prática tanto em hospitais quanto em instituições de longa permanência, sendo considerado um dos indicadores de qualidade de assistência.

A população de pacientes com doença renal crônica, estágio 5, em hemodiálise aumenta significativamente com o envelhecimento da nossa população. Segundo o Censo da SBN 2013 o número de pacientes com idade acima de 65 anos é de 31.324 pacientes. Esta população em sua grande maioria apresenta outras comorbidades, o que aumenta o risco de quedas.

Fatores que predispõem à queda:

Os principais fatores predisponentes ao risco de queda relacionado aos clientes atendidos na Instituição são divididos em:

• Sociodemográfico: Idade ≥ 65 anos

• Psico-Cognitivos: Declínio Cognitivo

• Condições de Saúde/ Doenças Crônicas: AVC Prévio, tontura, hipotensão postural, baixo índice de massa corpóreo, anemia, insônia, incontinência ou urgência miccional, artrite/osteoartrose, história prévia de quedas.

• Funcionalidade: Dificuldade no desenvolvimento das Atividades da Vida Diária (AVD), necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, inatividade.

• Comprometimento Sensorial: Comprometimento visual

• Equilíbrio Corporal: Marcha e mobilidade alteradas

• Uso de Medicações: benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, além do número de medicamentos utilizados (POLIFARMÁCIA: uso simultâneo de 5 ou mais medicamentos).

10.1 FINALIDADE

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções:

✓ Avaliação do risco de queda;

✓ Identificação do paciente com risco no crachá de identificação;

✓ Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;

✓ Revisão periódica da medicação;

✓ Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes,

✓ Educação dos pacientes e dos profissionais,

✓ Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

Estudo realizado em hospital privado localizado na cidade de São Paulo apresentou uma taxa de queda reduzida em 2008 - 1,45 por 1.000 pacientes-dia-, que estava associada à implementação de um protocolo de gerenciamento de quedas.

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

10.2 INTERVENÇÕES

10.2.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida sempre que houver mudança na condição clínica do paciente. Na admissão deve-se também avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda. É feito gestão do cuidado em planilhas pelo coordenador, para acompanhamento do Risco de Quedas através da escala de Mourse.

10.2.2 FATORES DE RISCO PARA QUEDA

a) Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos.

b) Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.

c) Condições de saúde e presença de doenças crônicas: acidente vascular cerebral prévio, hipotensão postural, tontura, convulsão, síncope, dor intensa, baixo índice de massa corpórea, anemia, insônia, incontinência ou urgência miccional, incontinência ou urgência para evacuação, artrite, osteoporose, alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia).

d) Funcionalidade: dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária, necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, fraqueza muscular e articulares, amputação de membros inferiores e deformidades nos membros inferiores.

e) Comprometimento sensorial: visão, audição ou tato.

f) Equilíbrio corporal: marcha alterada.

g) Uso de medicamentos: benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxantes, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina e polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).

h) Obesidade severa.

i) História prévia de queda.

10.2.3 PACIENTE COM ALTO RISCO DE QUEDA

a) Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco.

b) Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas.

c) Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores de risco.

Serão identificados no crachá todos os pacientes com RISCO DE QUEDA- ALTO, seguindo a escala de Morse.

10.2.4 PACIENTE COM BAIXO RISCO DE QUEDA

a) Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco.

b) Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

Serão identificados no crachá todos os pacientes com RISCO DE QUEDA- BAIXO, seguindo a escala de Morse.

10.2.5 PACIENTE COM RISCO MODERADO DE QUEDA

a) Pacientes que não apresentam fatores de risco, porém têm grande potencial para mudança no quadro clínico; portanto necessitam de constante reavaliação do risco de queda.

Serão identificados no crachá todos os pacientes com RISCO DE QUEDA- MODERADO, seguindo a escala de Morse.

As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, sendo cada uma delas específicas para determinado tipo de paciente, por exemplo adulto e pediátrico.

Todas as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas. As utilizadas com maior frequência no Brasil e internacionalmente são:

✓ Morse e St-

✓ Thomas Risk Assessment Tool in theFallingElderly (STRATIFY).

Essas duas escalas possuem semelhanças quanto à gradação dos fatores que predispõem à queda e permitem, portanto, classificar o grau de risco que o paciente apresenta para cair, possibilitando orientar as intervenções necessárias para evitar a ocorrência de queda. Recentemente a escala Morse FallScale foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa*. Salientamos que tanto a Morse FallScale (versão traduzida ou original), quanto as demais escalas existentes não são de acesso livre, sendo necessária autorização dos autores para sua utilização.

Importante: Este protocolo não adota nenhuma escala em particular e teve como foco intervenções de prevenção norteadas pelo risco de queda do paciente:

10.2.6 CLASSIFICAÇÃO E PADRONIZAÇÃO DAS CORES RELACIONADAS AOS RISCOS:

Vermelho: queda



Verde: infecção



Preto: LPP



Cinza: hipoglicemia



Amarelo: alergia medicamentosa



Lilás: hipotensão



10.3 AÇÕES PREVENTIVAS

10.3.1 MEDIDAS GERAIS

A unidade de saúde, orientada pelo seu Núcleo de Segurança do Paciente, deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente, tais como: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos (por exemplo, equipamentos, materiais e entulhos), orientação quanto ao uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos pacientes.

A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares deve incluir orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, e sobre como prevenir sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente na clínica. A elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas

10.3.2 MEDIDAS ESPECÍFICAS

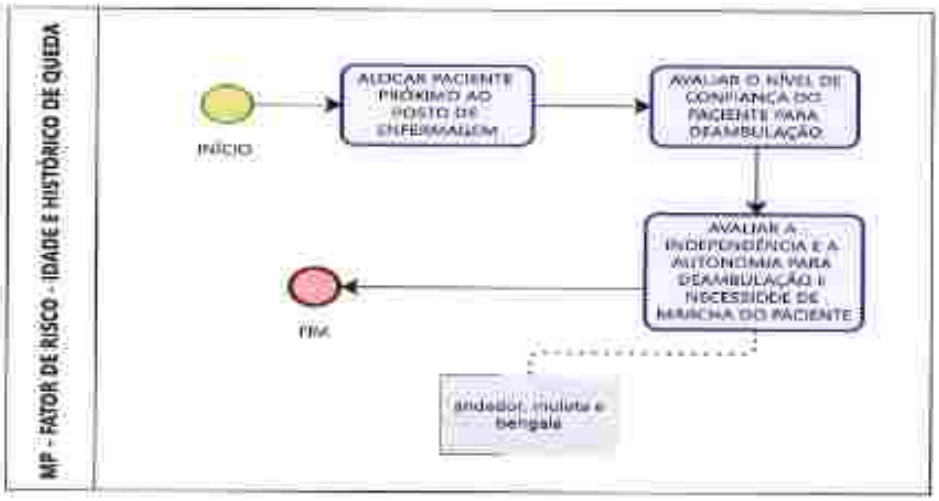
A unidade de saúde, orientada pelo Núcleo de Segurança do Paciente, devem definir o(s) profissional (ais) responsável(eis) por avaliar o risco de queda e definir as ações de caráter preventivo para pacientes que apresentem tal risco. Medidas individualizadas para prevenção de queda para cada paciente devem ser prescritas e implementadas.



Além disso, políticas e procedimentos devem ser estabelecidos e implementados pela unidade para assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o.

risco de queda e risco de dano da queda nas passagens de plantão, bem como sobre as medidas de prevenção implantadas.

Na presença ou no surgimento de risco de queda, este deve ser comunicado aos pacientes e familiares e a toda equipe de cuidado. Por exemplo, pacientes que começam a receber sedativos têm seu risco de queda aumentado. No caso da ocorrência de queda, esta deve ser notificada e o paciente avaliado e atendido imediatamente para mitigação/atenuação dos possíveis danos. A avaliação dos casos de queda no setor em que ocorreu, permite a identificação dos fatores contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro.



10.3.3 FATORES DE RISCOS: IDADE E HISTÓRICO DE QUEDAS

MEDIDAS:

✓ Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.

✓ Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação.

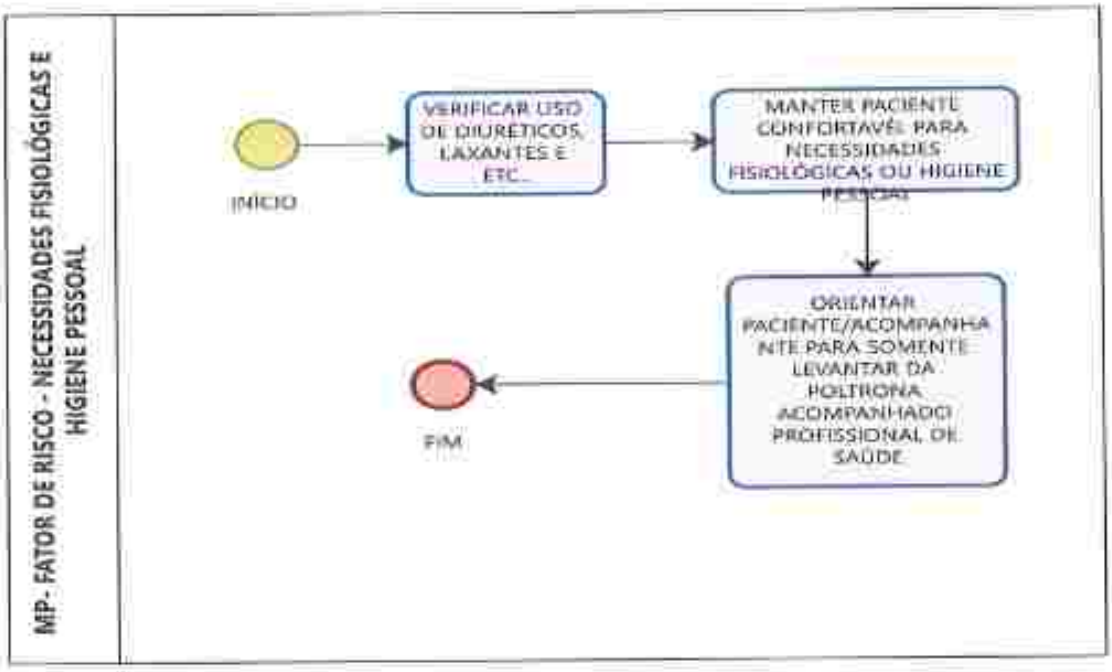
✓ Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).

10.3.4 FATORES DE RISCO: NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E HIGIENE PESSOAL

MEDIDAS:

✓ Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente.

✓ Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em



preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico.

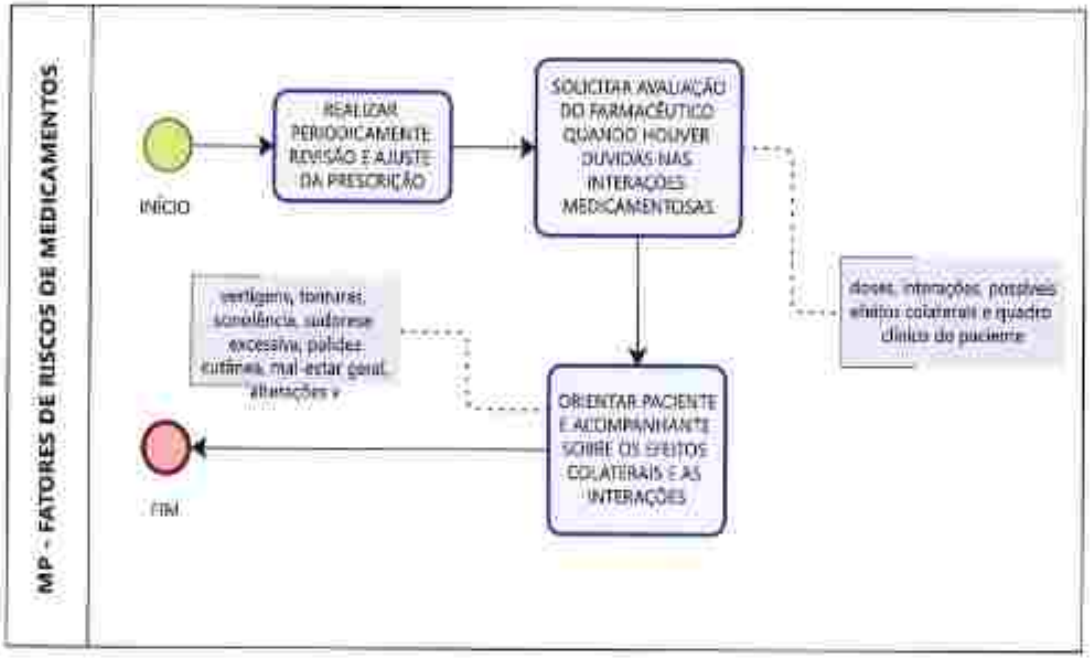
✓ Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro.

✓ Orientar paciente e acompanhante para somente se levantar da poltrona acompanhada por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.

10.3.5 FATOR DE RISCO: MEDICAMENTOS

MEDIDAS:

✓ Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda.



✓ Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente).

✓ Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez

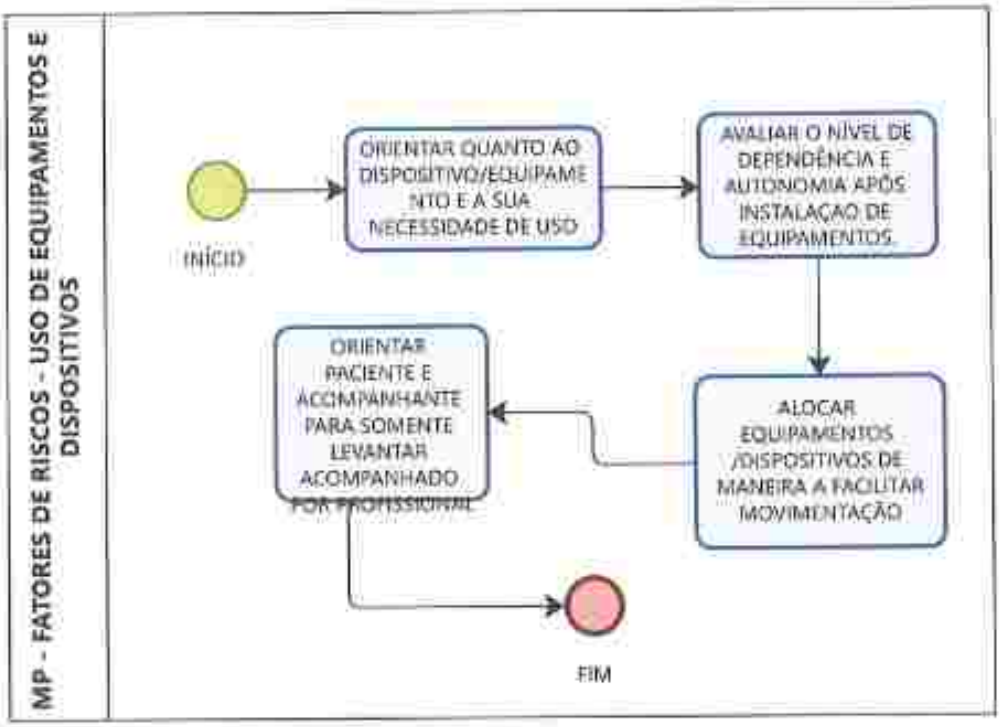
cutânea, mal-estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.

10.3.6 FATOR DE RISCO: USO DE EQUIPAMENTOS/DISPOSITIVOS

MEDIDAS:

✓ Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso.

✓ Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente.



✓ Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída

✓ Orientar paciente e acompanhante para somente se levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.

10.3.7 FATOR DE RISCO: MOBILIDADE/EQUILÍBRIO

MEDIDAS:

✓ Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.

✓ Orientar paciente e acompanhante para somente se levantar da poltrona acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.

✓ Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama.

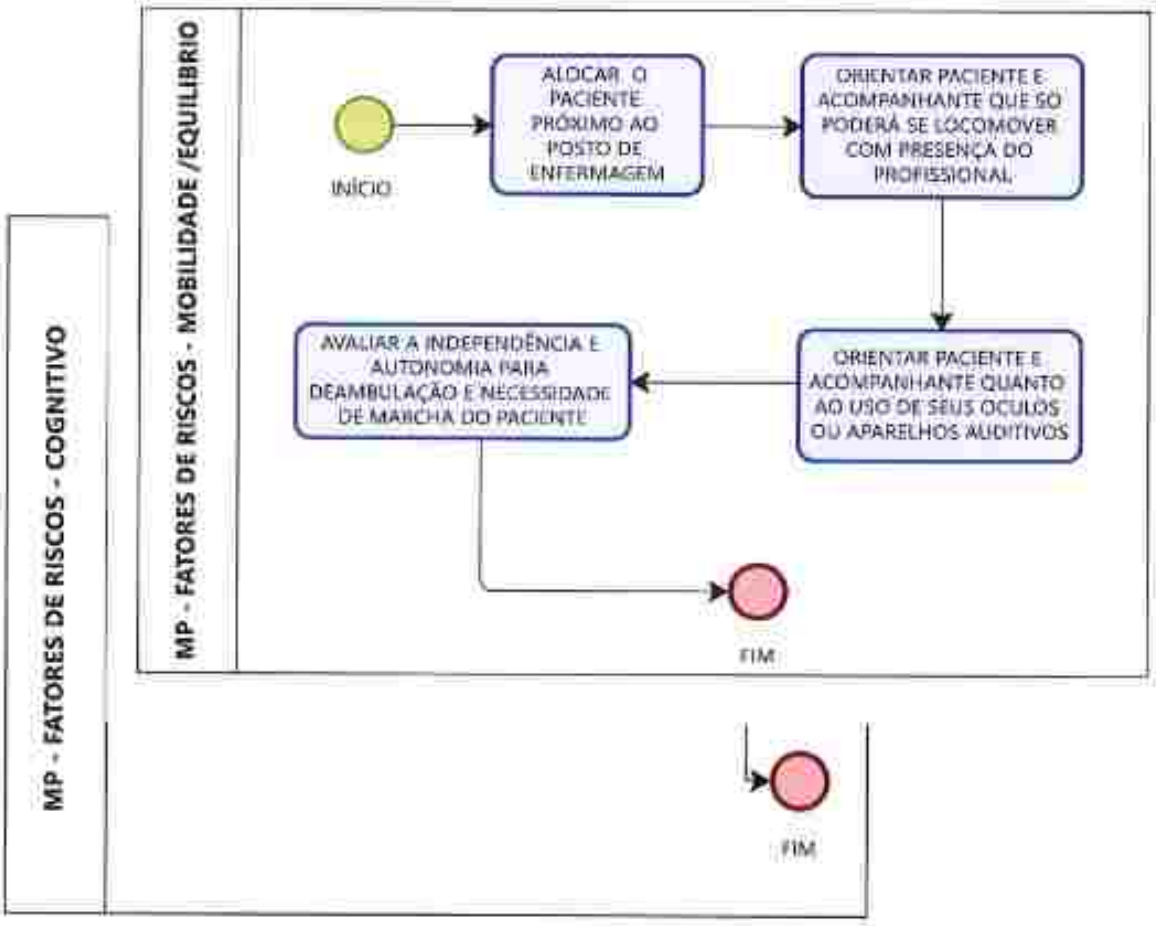
✓ Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).

10.3.8 FATOR DE RISCO: COGNITIVO

MEDIDAS:

✓ Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.

✓ Orientar paciente e acompanhante para somente se levantar da poltrona acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.



10.3.9 FATOR DE RISCO: CONDIÇÕES ESPECIAIS (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas).

MEDIDAS:

✓ Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.

✓ Em caso de hipotensão postural – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado.

✓ Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório).

10.3.10 NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE QUEDA

✓ No caso de ocorrer queda, colocar paciente na poltrona, comunicar a enfermeira de plantão para avaliação e exame físico;

✓ Solicitar avaliação médica;

✓ Registrar no prontuário as informações de ocorrência de queda e a conduta médica;

✓ Notificação da chefia de enfermagem do setor, em impresso próprio.

10.4.11 INFORMAÇÕES A SEREM REGISTRADAS 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 predispõem ao risco;

- Morbidade presente;
- Medicações em uso;
- Registro da avaliação / conduta médica após a queda.

11.PREVENÇÃO DE SOROCONVERSÃO RELACIONADA À HEMODIÁLISE

Para admissão do paciente é obrigatório sorologias negativas para hepatite B, hepatite C e HIV (Anti HBS, Anti HBC IgG e IgM, HBSAg, Anti HCV e Anti HIV 1 e 2). Após a admissão é utilizado dialisador de uso único até a realização de sorologias no laboratório de referência da Clínica. Após confirmação de sorologias negativas passa-se então para dialisador reutilizável. É realizada coleta de transaminase do tipo ALT, mensalmente, as sorologias de hepatite B e hepatite C, trimestralmente, e de HIV, anualmente. Sempre que houver sorologia duvidosa ou elevação de TGP retorna-se para dialisador de uso único e coloca-se o paciente em isolamento de contato durante um período de 3 meses e até ser descartada a possibilidade de soroconversão. Sempre que houver dúvida em relação à sorologia realiza-se pesquisa por PCR do vírus (amostras encaminhadas ao LACEN).

12. PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ÁGUA

A água da hemodiálise deve ser considerada água pura obedecendo critérios físico-químicos e bacteriológicos discriminados na RDC do Ministério da Saúde. O tratamento da água segue um processo criterioso através do sistema de filtros de carvão, filtros abrandadores e osmose reversa. O monitoramento da qualidade é realizado diariamente (aferindo parâmetros como dureza, turbidez, PH, nível de cloro e condutividade). Também é realizado análise físico-química semestral e análise bacteriológica mensal em diversos pontos do sistema de tratamento e do looping.

É realizado desinfecção diária com infravermelho e ozônio de todo o sistema de condução de água até as máquinas, além de desinfecção química com ácido peracético, mensalmente.

Quando se detecta mínima alteração da água aplicam-se planos de ações imediatas para resolução do problema, aumentando a segurança para o paciente.

13. PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS AO DIALISADOR

É realizado desinfecção dos dialisadores com desinfetante eficaz e com alto poder bactericida, após cada utilização dele. O desinfetante utilizado é determinado em RDC do Ministério da Saúde e a técnica descrita em protocolo operacional da clínica, sendo revisada e atualizada periodicamente. Em situações de infecções de corrente sanguínea o paciente irá dialisar com dialisador de uso único sendo descartado ao final da sessão de hemodiálise.

13.1 SOBRE A FALHA DE ADESÃO AOS PROCESSOS:

Ao contrário do que muitos pensam a hemodiálise não está restrita somente ao ato da sessão, inúmeros processos são necessários para a realização desta em cada um deles há a possibilidade de erro aumentando assim o risco do procedimento.

Atualmente a grande maioria dos sistemas automatizados que envolvem o tratamento dialítico, são providos de alarmes que devem ser analisados pela equipe técnica antes de silenciá-los. São tantas etapas que envolvem o tratamento dialítico que é impossível definir uma delas como a principal. A falha na adesão a cada um desses processos, pode levar a consequências graves podendo envolver um ou vários pacientes de uma unidade de hemodiálise.

A avaliação laboratorial imunológica de todos os pacientes que têm indicação de realizar o tratamento dialítico, deve ser realizada periodicamente conforme indicado pelas Diretrizes Clínicas do Ministério da Saúde com a avaliação dos Marcadores Virais de Hepatite B, Hepatite C e HIV, para definição de locais específicos e materiais que devem ser utilizados durante a hemodiálise, reduzindo assim a possibilidade de contaminação de outros pacientes da unidade.

A avaliação diária da Água Tratada (água que passou pelos filtros de areia, carvão, resina de troca e osmose reversa) envolvendo a dosagem de cloro, a condutividade e a observação do funcionamento da unidade produtora de Ozônio (presente em algumas unidades). Estes processos devem ser realizados diariamente e visam manter a água livre de contaminantes biológicos e químicos, já que podemos considerar que cada paciente em hemodiálise está sujeito ao contato direto com cerca de 360 litros de água semanalmente.

A manutenção periódica deste Tratamento de Água deve ocorrer conforme orientação do fabricante ou em caso de observação de parâmetros físicos ou biológicos fora dos limites aceitáveis orientados em nosso país pela RDC 11 (10) e fiscalizada pela Vigilância Sanitária.

O processo de liberação das máquinas de hemodiálise que antes do início de uma nova sessão, faz uma avaliação automática da sua capacidade de funcionamento para liberação de início de uma nova sessão.

A realização de teste comprobatório de ausência de substância esterilizante antes do início da hemodiálise. A observação e limpeza do acesso vascular utilizado para o tratamento. A punção da fistula ou conexão do acesso vascular provisório, o cumprimento da prescrição da hemodiálise, através do ajuste de tempo, volume e perfis de ultrafiltração, temperatura e eletrólitos, devem fazer parte da rotina de todo início de uma sessão de hemodiálise, para melhor adequação do tratamento. Para evitar a falha neste processo esta rotina deve ser conferida no início de cada sessão por um segundo técnico ou Enfermeiro Supervisor

13.2 SAÍDA DE AGULHAS:

A hemodiálise exige que parte do sangue do paciente seja retirada por bomba de sangue e passe por circuito extracorpóreo até o rim artificial (capilar), onde ocorrem as trocas químicas através do contato com membrana bi compatível e a solução de banho de diálise. Este sangue retorna para o paciente também por circuito extracorpóreo. Para a realização deste processo é necessário um acesso vascular que comporte fluxo de sangue em média de 300 a 400 ml/min. A porção inicial e final deste circuito extracorpóreo é a agulha nos casos de pacientes com Fístula arteriovenosa, ou o ramo arterial e venoso de cateter instalado em veia profunda, em caso de pacientes sem fístula arteriovenosa.

A saída de agulhas ocorre na grande maioria das vezes quando o sangue que já esteve em contato com o capilar devendo retornar para o paciente, mas que em função desta desconexão com o sistema ou pela saída das agulhas, é despejado na cadeira do paciente, leito ou chão.

14. HEMORRAGIAS

Um aneurisma é formado por punções repetidas em área centralizada, com uma agulha, o que enfraquece a parede do acesso vascular. Devido ao alto fluxo sanguíneo, a expansão do aneurisma também pode ocorrer ao longo do tempo e é acelerada devido à alta pressão dentro da fístula. Se a integridade da pele for perdida e a úlcera ou o local da punção forem limitados, o reparo cirúrgico geralmente é necessário, categorizando uma emergência cirúrgica. A remoção deve ser realizada o mais cedo possível e esse paciente precisa ser monitorado de perto. Aneurismas de alto risco não tratados podem causar ruptura e sangramento fatal.

A trombose pode ser considerada a complicação mais comum da fístula arteriovenosa e dá-se em locais de estenose, podendo ocorrer na própria anastomose ou na veia da FAV. Quanto maior o grau da estenose, maior o risco de trombose. As FAV apresentam índices mais baixos de eventos trombóticos, em comparação com os enxertos.

A infecção, caracterizada pelo aparecimento de sinais flogísticos, podendo evoluir para infecções bacterianas potentes. Sua incidência varia entre 1% e 2%. Grande parte das infecções por fístula artéria venosas engloba celulite perivascular, manifestando-se como edema, eritema e possíveis sinais sistêmicos. Baseado em hemoculturas, as infecções localizadas devem ser tratadas com antibióticos adequados para o caso. As infecções mais graves relacionadas ao aneurisma, hematoma ou ao abscesso precisam de drenagem e excisão cirúrgica e drenagem.

15. TECNOVIGILÂNCIA

INSUMOS E EQUIPAMENTOS NO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE- RDC Nº 204, de 14 de novembro 2006: Destacamos a obrigatoriedade de que todos os produtos utilizados na unidade tenham registros e liberação dos órgãos competentes ANVISA/IMETRO para que seja garantida a segurança do paciente.

15.1 ESTOCAGEM E ARMAZENAMENTO DOS INSUMOS:

Riscos:

✓ Armazenamento inadequado;

✓ Perda das características farmacológicas - características duvidosas;

✓ Contaminação das soluções.

Eventos adversos:

✓ Dano à saúde;

✓ Não obtenção do efeito esperado.

15.2 APLICAÇÃO INSTALAÇÕES:

✓ Devem ter espaço adequado para a disposição ordenada de materiais de modo a evitar a contaminação e facilitar a limpeza;

✓ Manter o local em bom estado de conservação, higiene e limpeza;

✓ O acesso ao local deve impedir a entrada de insetos ou outros animais;

✓ Devem possuir sistemas de energia, iluminação, ar, ventilação e exaustão funcionando perfeitamente;

✓ Identificação individual do material;

✓ Garantir controle e monitoramento de temperatura e umidade adequados ao insumo farmacêutico armazenado;

✓ Ter capacidade suficiente para o estoque ordenado dos insumos farmacêuticos e materiais de embalagem;

✓ Os materiais inflamáveis e perigosos devem ser estocados em áreas seguras e protegidas de acordo com a legislação vigente;

✓ Uso de armários resistentes e/ou área própria identificada fechada com chave ou outro dispositivo que ofereça segurança na guarda dos insumos farmacêuticos sujeitos a controle especial.

Controles:

✓ Manter registro atualizado dos lotes, quantidade, data de aquisição e validade;

✓ Dispensação prioritária dos lotes mais antigos;

✓ Inspeção periódica dos processos de controle de estoque.

15.3 EQUIPAMENTOS

Riscos

✓ Mal funcionamento do equipamento.

Alvo principal: equipe de enfermagem; empresa responsável pela manutenção.

Evento adverso

✓ Complicações clínicas diversas para o doente com desfecho fatal;

✓ Riscos de atrasos, incêndios, explosões. Aplicação

✓ Inspeção e registro diário da qualidade do bom funcionamento;

✓ Calibração e qualificação dos equipamentos e instrumentos;

✓ Reavaliação periódica do processo de limpeza;

✓ Treinamento periódico de pessoal.

15.4 INTRODUÇÃO DE NOVO INSUMO / MEDICAMENTO / MATERIAL:

Estão incluídos neste grupo: as medicações, heparina, selantes de CDL, dispositivos para selagem das vias (TEGO), agulhas de FAV e soluções esterilizantes/germicidas, testes de eficácia de germicida etc.

Riscos:

✓ Falhas na administração ou uso;

✓ Extravasamento;

✓ Falhas no tempo administração;

✓ Falhas na instalação.

Eventos adversos:

✓ Dano à saúde relacionado ao insumo, material medicamento;

✓ Perda do cateter de diálise;

✓ Formação de hematoma;

✓ Efeito colateral do medicamento pela aplicação inadequada;

✓ Infecção de corrente sanguínea;

✓ Desfecho fatal.

Aplicação

✓ Treinamento de pessoal;

✓ Criação de protocolo para uso de cada novo material e medicamento introduzido na unidade.

15.5 AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS TEMPORÁRIOS

Estão incluídos neste grupo: aparelho de aferição de PA (esfigmomanômetro), aparelho para aferição de glicemia, termômetro, estetoscópio.

Riscos

✓ Avaliação prejudicada e duvidosa dos sinais e sintomas clínicos;

✓ Erros de interpretação;

✓ Uso de medicações desnecessárias;

✓ Danos graves com desfecho fatal.

Aplicação:

✓ O número de equipamentos deve ser compatível com a demanda prevista nos protocolos assistenciais;

✓ Equipamentos e produtos devem estar obrigatoriamente regularizados junto a ANVISA / INMETRO e serem operados de acordo com as recomendações do fabricante;

✓ Dispor de equipamento de reserva para assegurar a continuidade do tratamento;

✓ Garantir que os equipamentos estejam calibrados, conservados e em bom funcionamento.

15.6 SEGURANÇA DO AMBIENTE: SALA DE DIÁLISE, ÁREAS AUXILIARES E SALA DE ESPERA.

Os equipamentos considerados de uso permanentes na unidade são: máquinas de proporção, reprocessadora, centrais de ar refrigerado, cardioversor, monitor cardíaco, filtro de água potável, cadeiras de hemodiálise, aparelhos de ar-condicionado, TV, filtro de água etc.; Riscos:

✓ Potencial de incêndio;

✓ Potencial de infestação de insetos e ratos;

✓ Mau gerenciamento do lixo;

✓ Iluminação insuficiente;

✓ Potencial contaminação da água potável nos reservatórios;

✓ Mau funcionamento dos equipamentos eletrônicos ou manuais indiretamente relacionados à saúde;

✓ Falta de controle da manutenção de mobiliário;

✓ Falta de controle da manutenção dos equipamentos;

✓ Temperatura inadequada na área operacional e/ou área auxiliares;

✓ Mau funcionamento do sistema de gases;

✓ Manter organizado o ambiente de forma que facilite o trânsito das pessoas.

Evento adverso ou dano:

✓ Dano à saúde relacionado à contaminação da água de consumo;

✓ Dano relacionado à falta calibração/mau funcionamento dos equipamentos;

✓ Dano à saúde relacionado ao mau funcionamento do mobiliário;

✓ Dano à saúde relacionado a queimaduras químicas ou físicas;

✓ Dano à saúde relacionados à falta de controle de temperatura e umidade ambiente;

✓ Dano à saúde relacionado à má conservação e desorganização do ambiente.

15.7 CUIDADOS NA INSTALAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PERMANENTES:

Todos os equipamentos devem ser instalados e mantidos de forma que:

✓ Sejam apropriados para o uso para o qual se destinam;

✓ Facilitem sua manutenção;

✓ Minimizem os riscos de contaminação;

✓ Identificação do equipamento para rastreabilidade do uso, limpeza e manutenção.

15.8 GARANTIA DA QUALIDADE DO FUNCIONAMENTO DOS EQUIPAMENTOS:

✓ Exigir que o fornecedor dos equipamentos permanentes forneça: qualificação de instalação, qualificação de operação e qualificação de desempenho e treinamento;

✓ Garantir que os equipamentos estejam calibrados, em bom funcionamento;

✓ Controle dos registros de assistência de técnica de cada equipamento: manutenção corretiva e preventiva;

✓ Controle e reavaliação diária do bom funcionamento de todos os equipamentos;

✓ Substituição dos equipamentos quando indicado.

15.9 CUIDADOS COM A ESTRUTURA FÍSICA DO AMBIENTE

✓ Todas as instalações devem ser mantidas em condições adequadas de limpeza, conservação e operação;

✓ Equipamentos de segurança devem ser mantidos em boas condições de funcionamento e em áreas visíveis de fácil acesso: extintor de incêndio.

✓ Contratação de empresa especializada e licenciada no recolhimento de lixo comum e infectado.

15.10 CUIDADOS COM A SEGURANÇA NO FORNECIMENTO DE GASES E ÁGUA POTÁVEL:

✓ Contratação de serviço de empresa especializada e licenciada para fornecimento, manutenção e correção da rede de gases medicinais;

✓ Contratação de empresa especializada e licenciada para o controle e limpeza dos reservatórios de água consumida na unidade e seus reservatórios;

16.ESTRATÉGIAS DE AÇÕES PREVENTIVAS

16.1 COMUNICAÇÃO VERBAL E ESCRITA

De forma a obter controle mais efetivo dos riscos, foi elaborado sistema interno de notificação de incidentes, incluindo eventos adversos e eventos sentinela. Este sistema de notificação deve ser realizado de duas formas, verbal, informando à médica responsável técnica e à enfermeira responsável técnica, e escrita, através da ficha de notificação de incidentes. Mensalmente será gerado planilha com os incidentes do mês.

Uma vez notificado, o incidente deve ser avaliado quanto à sua natureza. Esta classificação pode ser feita inicialmente por meio dos protocolos publicados pelo ministério da saúde, por meio das terminologias adotadas pelo ministério da saúde ou por taxonomia descrita pela Organização Mundial de Saúde.

16.2 PLANOS DE AÇÕES IMEDIATAS MEDIANTE INTERCORRÊNCIAS GRAVES

Os incidentes e eventos adversos devem ser monitorados. Devem ser investigados com análise crítica e ações para melhoria. Eventos Adversos com óbitos devem ser comunicados à ANVISA com até 72 horas de evolução.

Por meio de conhecimento de epidemiologia dos eventos adversos da instituição é possível construir sistemas mais seguros. Quanto maior for o número de notificações, maior é a possibilidade de a instituição formular meios para minimizar os riscos relacionados à assistência em saúde.

O Plano de Contingência é colocado em ação quando um incidente/evento ocorre, com ações de prevenção e contenção.

16.3 EDUCAÇÃO CONTINUADA

Serão implementadas atividades de educação continuada em diferentes momentos e de forma sistemática para os todos os públicos do setor de Hemodiálise. Tendo como foco a manutenção e ampliação da cultura de segurança com conceitos gerais e específicos setoriais na segurança do paciente e gerenciamento de riscos.

Dentre elas, serão implementadas campanhas de higienização das mãos, campanha de vacinação de funcionários e pacientes, campanhas e palestras voltadas para aumentar a aderência ao tratamento, campanhas de prevenção de quedas em domicílio, campanhas voltadas para prevenção de doenças em surtos etc. Também serão realizados cursos de educação continuada, reciclagem e atualização voltados para os funcionários.

17. COMPLICAÇÕES INTRA-DIALÍTICAS

As complicações mais comuns durante a hemodiálise são, em ordem decrescente de frequência, hipotensão (20%-30% das dialises), câibras (5%-20%), náuseas e vômitos (5%-15%), cefaléia (5%), dor torácica (2%-5%) e dor lombar (2%-5%), prurido (5%), febre e calafrios (< 1%).

17.1. HIPOTENSÃO

A hipotensão é a complicação mais frequente durante a hemodiálise, sendo um reflexo primário da grande quantidade de líquidos que é removida do volume plasmático durante uma sessão rotineira de diálise. A água acumulada no intervalo interdialítico é retirada diretamente pelo mecanismo de ultrafiltração. Quando o ritmo de ultrafiltração ultrapassar a capacidade de reenchimento vascular, ocorrerão hipovolemia e hipotensão arterial. Em geral, as causas comuns da hipotensão durante a hemodiálise são: flutuações na velocidade de ultrafiltração, velocidade de ultrafiltração alta, peso seco almejado muito baixo, medicamentos anti-hipertensivos, superaquecimento da solução de diálise, ingestão de alimentos, neuropatia autônoma, isquemia tecidual, disfunção diastólica, frequência cardíaca e contratilidade. Os sintomas variam de tontura e sensação de desfalecimento, náuseas, calor e sudorese, dificuldades respiratórias e câibras musculares, bocejos frequentes, dor precordial, palidez cutânea, apatia, confusão mental e taquicardia.

Intervenção de Enfermagem

A intervenção consiste em iniciar imediatamente o tratamento de episódios agudos de hipotensão. O paciente deve ser colocado em posição de Trendelemburg, deve ser administrado bolus de 100 ml de SF a 0,9% ou mais se necessário, a velocidade de ultrafiltração deve ser reduzida para o mais próximo possível de zero, o monitoramento cuidadoso dos SSVV e observação de sintomas específicos podem ajudar a limitara ocorrência e a intensividade de episódios hipotensivos nesses pacientes.

17.2. CÂIMBRA

Câimbras são contrações involuntárias dos músculos, é uma complicação comum durante a hemodiálise, podendo acometer de 33% a 86% dos pacientes. A eletromiografia revela que câimbras começam com fasciculações em várias partes do músculo que, posteriormente, evoluem para potenciais de ação de alta frequência. A origem de uma câimbra é, por conseguinte, neural, e não muscular. A etiologia exata é desconhecida, sabe-se que pode sofrer influência de diversos fatores como a contração do volume plasmático, distúrbio eletrolítico (hiponatremia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipocalemia), hipóxia tecidual e deficiência de carnitina. Sendo assim, ocorre mais frequentemente no final da HD, devido a alteração na osmolaridade do plasma e a alteração de volume.

Intervenção de Enfermagem

Como geralmente as cãibras musculares ocorrem concomitantemente com a hipotensão, a administração de solução de glicose ou soro fisiológico hipertônico é muito eficaz no tratamento agudo das cãibras musculares, podendo também ser utilizado gluconato de cálcio. Pode-se fornecer álcool 70% no local e garrotear a área para diminuição intensidade das câimbras.

17.3. NÁUSEAS E VÔMITOS

Náuseas e vômitos são ocorrências comuns e ocorrem em até 10% dos tratamentos rotineiros de diálise, sendo sua etiologia multifatorial. A maioria dos episódios em pacientes estáveis provavelmente esteja relacionada à hipotensão, mas também podem ser uma manifestação precoce da síndrome do desequilíbrio.

Deve-se tratar primeiramente a hipotensão, caso presente. Caso as náuseas e vômitos persistirem pode-se administrar um antiemético. É de extrema importância evitar a hipotensão durante a diálise. Em alguns pacientes, a redução da velocidade de fluxo sanguíneo em 30% durante a primeira hora de diálise pode ser benéfica. No entanto, o tempo de tratamento deve ser prolongado proporcionalmente

Intervenção de Enfermagem

A maioria dos episódios em pacientes estáveis provavelmente esteja relacionada à hipotensão, mas também podem ser uma manifestação precoce da síndrome do desequilíbrio. Deve-se tratar primeiramente a hipotensão, caso presente. Caso as náuseas e vômitos persistirem pode-se administrar um antiemético. É de extrema importância evitar a hipotensão durante a diálise. Em alguns pacientes, a redução da velocidade de fluxo sanguíneo em 30% durante a primeira hora de diálise pode ser benéfica. No entanto, o tempo de tratamento deve ser prolongado proporcionalmente.

17.4. CEFALEIA

A causa da cefaleia é em grande parte desconhecida, podendo ser uma manifestação da síndrome do desequilíbrio ou relacionada à hipertensão arterial, assim como pode também estar relacionada à manifestação da abstinência de cafeína em pacientes que ingerem muito café, pois a diálise retira essa substância. Em geral a diálise pode induzir a cefaleia severa em consequência de uma quantidade grande de deslocamento da água e do eletrólito.

Intervenção de Enfermagem

Realizar administração de analgésico, seguindo protocolo do setor, ao medicamento de primeira escolha, e os pacientes com alergia medicamentosa possuem identificação no prontuário.

17.5. DOR TORÁCICA E DOR LOMBAR

A dor torácica está frequentemente associada à dor lombar ocorrendo em 1-4% dos tratamentos de diálise. A causa é desconhecida, mas pode estar relacionada à ativação do complemento (uma função que envolve a estrutura da Imunoglobulina e que ativa as respostas humorais). Não existe tratamento específico nem estratégia de prevenção, a não ser a troca para uma membrana sintética ou de celulose substituída (o fato de tal alteração ajudar ou não ainda é motivo de controvérsias). A ocorrência de angina durante a diálise é comum, e esta, assim como as numerosas outras causas potenciais de dor torácica, por exemplo, a hemólise, que deve ser considerada no diagnóstico diferencial.

Intervenção de Enfermagem

Não existe tratamento específico nem estratégia de prevenção, a não ser a troca para uma membrana sintética ou de celulose substituída (o fato de tal alteração ajudar ou não ainda é motivo de controvérsias). A ocorrência de angina durante a diálise é comum, e esta, assim como as numerosas outras causas potenciais de dor torácica, por exemplo, a hemólise, que deve ser considerada no diagnóstico diferencial. No caso da angina, existe relação direta com a redução da volemia que leva ao baixo débito cardíaco momentâneo. O mecanismo imediato de resposta é o aumento da secreção de epinefrina que induz a vasoconstrição coronariana.

17.6. PRURIDO

O prurido (coceira) é o sintoma de pele mais importante nos pacientes urêmicos. Em uma pesquisa, 80% dos pacientes submetidos à hemodiálise de manutenção apresentaram coceira em algum momento. No geral, o prurido foi frequentemente mais grave durante ou após uma sessão de hemodiálise.

O prurido, além de ser uma complicação durante a sessão de hemodiálise, também é a manifestação mais comum nos portadores de IRC, e tem sido atribuído ao efeito tóxico da uremia na pele. As toxinas urêmicas circulantes são responsáveis pelo prurido, que pode desaparecer como o início do tratamento de hemodiálise; contudo, a terapia nem sempre alivia, podendo, inclusive, piorá-lo.

Intervenção de Enfermagem

O prurido pode também estar associado à alergia a heparina e resíduos de óxido de etileno, por exemplo. Em alguns pacientes a sensação é tão intensa que causa escoriações na pele, crostas hemorrágicas, pústulas e formação de nódulos. Essas lesões ocorrem na face, nas costas, no tronco e nas extremidades. Alguns tratamentos são eficazes como emolientes tópicos à base de cânfora, aplicação de ultravioleta, uso de carbonato de cálcio, quando o produto cálcio-fósforo for elevado e dieta para controle do fósforo, o uso de anti-histamínicos por via oral ou endovenosa e a paratireoidectômica está indicada para os pacientes com osteodistrofia e hiperparatireoidismo grave.

17.7 FEBRE E CALAFRIOS

O paciente renal crônico é imunodeprimido e, consequentemente, tem uma suscetibilidade aumentada para infecções. As infecções bacterianas nos pacientes renais crônicos parecem progredir de maneira rápida e a cura parece ser mais lenta. O local de acesso é a fonte de 50% a 80% das bacteremias (principalmente pacientes com cateteres). As bacteremias podem causar endocardite, meningite e osteo-mielite.

Febre de baixa intensidade durante a hemodiálise pode estar relacionada a pirogênios presentes na solução dialítica e não a uma infecção verdadeira. O tempo de

evolução da febre pode ser útil para a distinção entre reação pirogênica e infecção. Os pacientes com febre relacionada ao pirogênio são afebris antes da diálise, mas tornam-se febris durante a diálise, a febre desaparece espontaneamente após o término da diálise. Os pacientes com septicemia relacionada ao local de acesso frequentemente são febris antes da instituição da diálise, e, na ausência do tratamento, a febre persiste durante e após a diálise.

Intervenção de Enfermagem

- ✓ Verificar a temperatura do paciente e da máquina;
- ✓ Coletar amostra de sangue para cultura se houver prescrição médica;
- ✓ O uso de medicamentos como antitérmicos e antibióticos a critério médico e colher cultura da água para hemodiálise;
- ✓ Remoção do cateter, o atraso na remoção de um cateter infectado pode resultar em complicações sépticas que poderiam ser evitadas.

As menos frequentes, porém, mais graves são: hipertensão, síndrome do desequilíbrio da diálise, arritmia cardíaca, hipoxemia e embolia gasosa.

17.8 HIPERTENSÃO

A hipertensão durante a diálise é geralmente produzida por ansiedade, excesso de sódio e sobrecarga de líquidos. Isso pode ser confirmado comparando-se o peso do paciente antes da diálise com o peso ideal ou seco. Quando a sobrecarga hídrica é a causa da hipertensão, a ultrafiltração trará, geralmente, uma redução na pressão sanguínea, levando à normalização da pressão.

O temor, a ansiedade e a apreensão, podem produzir hipertensão passageira e errática. Após a administração de anti-hipertensivo, a enfermagem monitora a pressão arterial em intervalos frequentes (geralmente de 15 em 15 minutos). Os sedativos podem ser necessários, mas a confiança na equipe e uma diálise suave, livre de problemas, ajudarão a reduzir a ansiedade durante aos tratamentos subsequentes.

As complicações menos comuns, mas sérias e que podem levar à morte incluem: a síndrome do desequilíbrio, arritmia, convulsões, hipoxemia e embolia gasosa entre outras.

Intervenção de Enfermagem

O temor, a ansiedade e a apreensão, podem produzir hipertensão passageira e errática. Após a administração de anti-hipertensivo, a enfermagem monitora a pressão arterial em intervalos frequentes (geralmente de 15 em 15 minutos). Os sedativos podem ser necessários, mas a confiança na equipe e uma diálise suave, livre de problemas, ajudarão a reduzir a ansiedade durante aos tratamentos subsequentes.

17.9 SÍNDROME DO DESEQUILÍBRIO DA DIÁLISE

Caracteriza-se por confusão mental, cefaleia, náuseas, vômitos, tremores, agitação, delírio, contrações musculares ou mesmo crises convulsivas generalizadas. Geralmente observa-se ao final da diálise ou no período pós-diálise imediato. Não é bem conhecida sua causa, mas admite-se que esteja relacionada à rápida remoção da ureia do sangue.

Intervenção de Enfermagem:

Tratamento de suporte, é necessária a interrupção da sessão, além de suporte clínico. O uso de substâncias hipertônicas, como o manitol, podem ser uteis.

17.10 ARRITMIA CARDÍACA

Não é comum o aparecimento de arritmia durante a diálise em paciente que não sofre de doença cardiovascular, sendo que a sobrecarga de fluidos deve ser considerada e eliminada. Deve-se verificar se não está baixa a concentração de potássio do banho, especialmente em paciente digitalizado. Em contraposição à afirmação anterior, com relação à ocorrência dessa complicação, a arritmia cardíaca ventricular ou supraventricular é complicação frequente durante a HD em pacientes com doença cardiovascular, sendo observada principalmente em pacientes com acentuada hipertrofia ventricular esquerda, doença cardíaca isquêmica e doença pericárdica.

17.11 HIPOXEMIA

A hipoxemia de duração e intensidade variável pode ocorrer durante a HD; entretanto, sua expressão clínica é pequena e aparece, principalmente, nos pacientes com importante doença pulmonar ou naqueles com doença cardíaca isquêmica não compensada. Ocorre cerca de 15 minutos após o início da hemodiálise, às vezes causando sintomas respiratórios ou cardíacos em pacientes com doença pulmonar subjacente. Essa complicação raramente necessita de intervenção médica e se limita a oferecer oxigênio.

Intervenção de Enfermagem

- ✓ Interromper a sessão;
- ✓ Desprezar sangue hemolisado;
- ✓ Tratar hipercalemia e considerar internação hospitalar.

17.12 EMBOLIA GASOSA

Embolia gasosa é uma situação em que se observa a entrada de bolhas de ar no interior dos vasos sanguíneos. Essa entrada de ar obstrui a circulação, o que pode fazer com que algumas regiões do corpo não sejam irrigadas, provocando uma deficiência de oxigenação.

Essa falta de irrigação é potencialmente perigosa, principalmente quando atinge regiões como o cérebro e o miocárdio, que são muito sensíveis às baixas taxas de oxigênio. A embolia gasosa é uma situação que pode ocorrer em diferentes procedimentos, durante atendimentos médicos e enfermagem.

Intervenção de enfermagem

Paralisar a sessão, clampear a linha venosa, posicionar o paciente DLE, com tórax e a cabeça em decline, suporte cardiorrespiratório.

18. PRECAUÇÕES PADRÃO

As Precauções Padrão (PP) representam um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento de todos os pacientes que realizam hemodiálise, independente do seu estado presumível de infecção, e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação. As PP deverão ser utilizadas quando existir o risco de contato com: sangue, todos os líquidos corpóreos, secreções e excreções, com exceção do suor, sem considerar a presença ou não de sangue visível, pele com solução de continuidade (pele não íntegra) e mucosas. São recomendadas para aplicação em todas as situações e pacientes, independente da presença de doença transmissível comprovada.

18.1 PARAMENTAÇÃO

Luvas:

- ✓ As luvas são obrigatórias sempre que houver risco de contato com qualquer fluído corpóreo.
- ✓ Calçar as luvas após a higienização das mãos.
- ✓ Trocar as luvas mesmo entre procedimentos no mesmo paciente, caso ocorra contato com secreções contaminantes.
- ✓ Calçar luvas limpas antes de manipular mucosas ou pele não íntegra do paciente.
- ✓ Não tocar superfícies com as luvas (ex: telefone, teclado, maçaneta). Retirar as luvas imediatamente após o uso, e higienizar as mãos em seguida.

Avental

- ✓ Usar avental de manga longa sempre que houver risco de respingo ou contato da pele ou roupas do profissional com fluidos, secreções e excreções do paciente (ex: dar banho, aspirar secreção, realizar procedimentos invasivos). Vestir avental limpo antes do procedimento;
- ✓ Dispensar no hamper imediatamente após o uso, e higienizar as mãos;
- ✓ Não usar o mesmo avental para cuidar de pacientes diferentes.

Máscara N95, óculos, protetor facial

- ✓ Usar sempre que houver riscos de exposição a respingos de sangue, saliva, ou outros fluídos e secreções de pacientes. O profissional que apresentar infecção das vias aéreas (ex: resfriado) deve utilizar máscara N95 até a remissão dos sintomas.

Prevenção de acidentes com perfurocortantes

- ✓ Não reencapar a agulha;
- ✓ Não desconectar a agulha da seringa antes do descarte;
- ✓ Disponibilizar caixas de descarte em locais de fácil acesso.

Descontaminação do ambiente

- ✓ Realizar limpeza concorrente do mobiliário dos pacientes e das bancadas de trabalho a cada plantão;
- ✓ Realizar limpeza terminal na alta do paciente;
- ✓ Limpar e desinfetar superfícies sempre que houver sangue ou secreções.

Artigos e equipamentos

- ✓ Todos os artigos e equipamentos devem ser submetidos a limpeza e desinfecção ou esterilização antes de serem usados para outro paciente.

Higienização simples das mãos

Higienizar as mãos é a medida mais simples e mais importante para prevenção de infecções hospitalares e de multirresistência bacteriana. Deve ser um hábito incorporado e realizado automaticamente pelo profissional de saúde.

Objetivos:

Remover sujeira, suor, oleosidade, flora microbiana transitória superficial da pele, para evitar transmissão de microrganismos de pacientes para profissionais, e evitar transmissão entre os pacientes através das mãos dos profissionais (transmissão cruzada).

Indicações essenciais de higiene das mãos (5 momentos):

1. Antes de entrar em contato com o paciente;

2. Imediatamente antes da realização de procedimento asséptico;

3. Após procedimento com risco de contato com fluídos corporais (e após a retirada de luvas);

4. Após contato com o paciente e ao sair do local de assistência;

5. Após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies próximas ao paciente, mesmo sem ter tido contato com o paciente.



Produtos autorizados para higiene das mãos

- ✓ Água e sabão líquido;
- ✓ Água e degermante antisséptica preparação alcoólica 70% (gel, espuma ou solução).

Quando utilizar obrigatoriamente água e sabão ou degermante

- ✓ Quando as mãos estiverem visivelmente sujas;
- ✓ Ao iniciar ou terminar o turno de trabalho;
- ✓ Antes e após alimentar-se ou ir ao banheiro;
- ✓ Antes de preparar alimentos.;
- ✓ Antes de preparar medicamentos;
- ✓ Após contato com paciente portador de Clostridium difficile;
- ✓ Após várias aplicações consecutivas de álcool-gel;
- ✓ Observação: nas situações descritas acima, não está autorizada a higienização das mãos com preparação alcoólica.

Técnica para uso de água e sabão ou degermanete

- ✓ Abrir a torneira;
- ✓ Molhar as mãos e colocar o sabão líquido (2 ml)
- ✓ Ensaboar e friccionar as mãos por 40 a 60 segundos, em todas as suas faces, espaços interdigitais, articulações, unhas e pontas dos dedos. É importante estabelecer uma sequência fixa, para que a lavagem completa das mãos ocorra automaticamente;
- ✓ Enxaguar as mãos;
- ✓ Enxugar as mãos com papel toalha;
- ✓ Fechar a torneira com o papel toalha, evitando contaminar as mãos novamente.

Indicações de uso de preparação alcoólica

- ✓ Antes e após qualquer contato com o paciente;

- ✓ Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro mais limpo, durante o cuidado ao mesmo paciente (obs: recomenda-se evitar esta situação, procurando manipular primeiro o sítio mais limpo e por último o mais contaminado);
- ✓ Antes de calçar luvas e após retirá-las;
- ✓ Antes e após manipular dispositivos invasivos (ex: cateteres vasculares ou urinários, tubo traqueal);
- ✓ Após contato com materiais ou equipamentos contaminados;
- ✓ Após contato com objetos ou superfícies próximas ao paciente (ex: cadeiras, máquinas, identificação beira máquina/ poltronas cama, bomba de infusão).
- ✓ Observação: nas situações descritas acima, está autorizada também a higienização das mãos com água e sabão ou degermante antisséptico.

Técnica para uso de preparação alcoólica

- ✓ Aplicar o preparado alcoólico nas mãos realizando durante 20 a 30 segundos os mesmos movimentos indicados na figura abaixo (anexo 1);
- ✓ Esperar secar.

Degermante contendo antisséptico

- ✓ Higienização das mãos com degermante contendo antisséptico é obrigatória em situações que exigem redução máxima da população bacteriana, como: após cuidar de paciente portador de bactéria multirresistente;
- ✓ Antes da realização de procedimentos invasivos, como passagem de sondas e cateteres;
- ✓ Na Policlínica é utilizado clorexidina degermante 2% em todos os dispensadores das pias das unidades de atendimento a pacientes.



19. PRECAUÇÕES DE CONTATO

Estas precauções visam prevenir a transmissão de micro-organismos, epidemiologicamente importantes, a partir de pacientes infectados ou colonizados, para outros pacientes, profissionais, visitantes, acompanhantes, por meio de contato direto (tocando o paciente e estabelecendo a transmissão pessoa por pessoas) ou indireto (ao tocar superfícies contaminadas próximas ao paciente ou por meio de artigo e equipamentos).

19.1 PARAMENTAÇÃO

Luvas

✓ Utilizar luvas sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa, com o objetivo de proteger as mãos do profissional;

✓ Retirar as luvas imediatamente após o uso, antes de tocar em superfícies ou contato com outro paciente, descartando-as;

✓ Trocar as luvas entre os pacientes e entre um procedimento e outro no mesmo paciente e higienizar sempre as mãos imediatamente após a retirada das luvas.

✓ Máscara, óculos de proteção/ protetor facial

✓ Utilizar máscara e óculos de proteção sempre que houver risco de respingos de sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa, com o objetivo de proteger a face do profissional;

✓ Colocar máscara N95 e óculos com proteção lateral, para cobrir olhos, nariz e boca durante os procedimentos com possibilidade de respingo de material biológico;

✓ A máscara N95e os óculos devem ser individuais;

✓ Avental

✓ Utilizar avental sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção;

✓ Se houver risco de contato com grandes volumes de sangue ou líquidos corporais, usar avental impermeável;

✓ Retirar o avental após o procedimento e lavar as mãos;

✓ Se o avental for descartável, desprezá-lo no lixo;

✓ Se o avental for de tecido ou não descartável, desprezá-lo no hamper (cesto);

✓ O avental de tecido quando rasgado deverá ser encaminhado para lavanderia para avaliar condições de reparo;

✓ Não utilizar jaleco ou avental comum como substituto do avental com finalidade de proteção contra agentes infecciosos.

Transporte do paciente

Deve ser evitado, preferindo procedimentos na sala onde dialisa, sempre que possível, quando for necessário o transporte, o profissional deverá seguir as precauções de contato durante todo o trajeto.

- ✓ Antes de encaminhar o paciente, avisar o setor de realização do exame sobre as precauções de contato;
- ✓ Ao manipular o paciente durante a sua transferência para maca/cadeira, calçar luva de procedimento e avental, quando houver risco de contato mais próximo;
- ✓ O profissional deverá estar paramentado durante o transporte do paciente e deverá aplicar as PP, para que não ocorra a contaminação das superfícies, como por exemplo, tocar em superfícies com as mãos enluvadas, como botão do elevador, maçaneta das portas, prontuários e telefones;
- ✓ Após o transporte, realizar limpeza e desinfecção da maca e cadeira de rodas.

Deverá ser de uso exclusivo do paciente: estetoscópio, termômetro e esfigmomanômetro. Quando não for possível, realizar limpeza e desinfecção entre um paciente e outro.

Artigos e equipamentos

- ✓ São todos de uso exclusivo para o paciente, incluindo termômetro, estetoscópio e esfigmomanômetro. Devem ser limpos e desinfetados (ou esterilizados) após a alta.

Ambiente

- ✓ Realizar limpeza concorrente e desinfecção das superfícies, diariamente, com água e sabão e álcool 70%.



19.2 PRECAUÇÕES PARA GOTÍCULAS

Estas precauções visam prevenir a transmissão de micro-organismos por via respiratória por partículas maiores (>) que 5 micras de pacientes com doença transmissível, geradas pela tosse, espirro, e durante a fala. Essas goticulas (>5 micras) podem se depositar à curta distância (1 a 1,5 metros), as gotículas têm tamanho maior que 5 µm e podem atingir a via respiratória alta, ou seja, mucosa das fossas nasais e mucosa da cavidade bucal.

O paciente/ cliente deve dialisar em sala privativa ou, caso não seja possível, que seja com pacientes com a mesma doença, respeitando a distância mínima de um metro entre as cadeiras, mantendo porta fechada.

19.3 PARAMENTAÇÃO

Máscara N95

- ✓ Colocar a máscara N95 antes de entrar na sala do paciente;
- ✓ Recomenda-se que todos os profissionais usem a máscara N95 independente se foram vacinados ou apresentaram a doença;
- ✓ Orientar o paciente a permanecer de máscara e não retirar ao tossir ou espirrar, se utilizar lenço de papel, descartá-lo e, logo após higienizar as mãos (tosse com etiqueta);

Luvas

- ✓ Utilizar luvas sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa, com o objetivo de proteger as mãos do profissional;
- ✓ Retirar as luvas imediatamente após o uso, antes de tocar em superfícies ou contato com outro paciente, descartando-as;
- ✓ Trocar as luvas entre os pacientes, entre um procedimento e outro no mesmo paciente;
- ✓ Higienizar sempre as mãos imediatamente após a retirada das luvas.
- ✓ Óculos de proteção/ protetor facial
- ✓ Utilizar máscara N95 e óculos de proteção sempre que houver risco de respingos de sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa, com o objetivo de proteger a face do profissional;
- ✓ Colocar máscara N95 e óculos com proteção lateral, para cobrir olhos, nariz e boca durante os procedimentos com possibilidade de respingo de material biológico.

Avental

- ✓ Utilizar avental sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção;
- ✓ Se houver risco de contato com grandes volumes de sangue ou líquidos corporais, usar avental impermeável;
- ✓ Retirar o avental após o procedimento e lavar as mãos;
- ✓ Se o avental for descartável, desprezá-lo no lixo;
- ✓ Se o avental for de tecido ou não descartável, desprezá-lo no hamper (cesto);
- ✓ O avental de tecido quando rasgado deverá ser encaminhado para lavanderia para avaliar condições de reparo;
- ✓ Não utilizar jaleco ou avental comum como substituto do avental com finalidade de proteção contra agentes infecciosos.
- ✓ Transporte do paciente para realização de exame
- ✓ Antes de encaminhar o paciente, avisar o setor de realização do exame sobre as precauções de gotículas;
- ✓ O paciente deverá utilizar máscara cirúrgica durante todo o período em que estiver dentro e fora da sua sala.



19.4 PRECAUÇÕES PARA AEROSSÓIS

São medidas adotadas para pacientes com suspeita ou diagnóstico de infecção transmitida por via aérea (partículas <5 micras), que podem ficar suspensas no ar ou ressecadas no ambiente. Deve se utilizar para o cuidado deste paciente, área física específica, dotada de sistema de ar com uso de filtro especial e pressão negativa, os aerossóis são partículas menores e mais leves que as goticulas, que permanecem suspensas no ar por longos períodos de tempo e, quando inaladas, podem penetrar mais profundamente no trato respiratório, alguns procedimentos realizados em pacientes com infecção pelo SARS-CoV-2, podem gerar aerossóis, como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais, broncoscopias, etc. Para esses casos, as precauções para gotículas devem ser substituídas pelas precauções para aerossóis.

Indicações essenciais de higiene das mãos (5 momentos)

1. Antes de entrar em contato com o paciente;

2. Imediatamente antes da realização de procedimento asséptico;

3. Após procedimento com risco de contato com fluidos corporais (e após a retirada de luvas);

4. Após contato com o paciente e ao sair do local de assistência;

5. Após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies próximas ao paciente, mesmo sem ter tido contato com o paciente.



Paramentação

Máscara tipo respirador (N95 ou PFF2)

- ✓ É obrigatório o uso de máscara tipo respirador (N95 ou PFF2) com eficiência de filtração de 95% de partículas com 0,3μ de diâmetro;
- ✓ Colocar a máscara antes de entrar na sala;
- ✓ Verificar se a máscara está perfeitamente ajustada à face e com boa vedação;
- ✓ A máscara é de uso individual e deve ser trocada a cada plantão de, no máximo, 24h. Deve ser acondicionada em saco plástico com identificação do nome do profissional;
- ✓ É proibido utilizá-la no paciente;

✓ Orientar o paciente a cobrir a boca e nariz ao tossir ou espirrar, utilizando lenço de papel, descartá-lo e logo após higienizar as mãos (tosse com etiqueta).

Luvas

✓ Utilizar luvas sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não integra e mucosa, com o objetivo de proteger as mãos do profissional;

✓ Retirar as luvas imediatamente após o uso, antes de tocar em superfícies ou contato com outro paciente, descartando-as;

✓ Trocar as luvas entre os pacientes, entre um procedimento e outro no mesmo paciente;

✓ Higienizar sempre as mãos imediatamente após a retirada das luvas.

✓ Óculos de proteção/ protetor facial

✓ Utilizar máscara e óculos de proteção sempre que houver risco de respingos de sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não integra e mucosa, com o objetivo de proteger a face do profissional;

✓ Colocar máscara cirúrgica e óculos com proteção lateral, para cobrir olhos, nariz e boca durante os procedimentos com possibilidade de respingo de material biológico;

Avental

✓ Utilizar avental sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção;

✓ Se houver risco de contato com grandes volumes de sangue ou liquidos corporais, usar avental impermeável;

✓ Retirar o avental após o procedimento e lavar as mãos;

✓ Se o avental for descartável, desprezá-lo no lixo;

✓ Se o avental for de tecido ou não descartável, desprezá-lo no hamper (cesto);

✓ O avental de tecido quando rasgado deverá ser encaminhado para lavanderia para avaliar condições de reparo;

✓ Não utilizar jaleco ou avental comum como substituto do avental com finalidade de proteção contra agentes infecciosos.

✓ Transporte do paciente para realização de exame

✓ Antes de encaminhar o paciente, avisar o setor de realização do exame sobre as precauções para aerossóis;

✓ O paciente deverá utilizar máscara cirúrgica durante o transporte e todo o período em que estiver fora de seu quarto.



Observação:

As **precauções-padrão** assumem que todas as pessoas estão potencialmente infectadas ou colonizadas por um patógeno que pode ser transmitido no ambiente de assistência à saúde e devem ser implementadas em todos os atendimentos, independente do diagnóstico do paciente, mediante o risco de exposição a sangue e outros fluidos ou secreções corporais.



19.5 DESPARAMENTAÇÃO

Luvas

- ✓ Com as duas mãos enluvadas, segure a parte externa de uma luva na parte superior do pulso;
- ✓ Retire esta primeira luva, afastando-se do corpo e do pulso até as pontas dos dedos, virando a luva de dentro para fora;
- ✓ Segure a luva que você acabou de remover em sua mão enluvada;
- ✓ Com a mão sem luva, retire a segunda luva inserindo os dedos dentro da luva na parte superior do pulso;
- ✓ Vire a segunda luva do avesso enquanto a inclina para longe do corpo, deixando a primeira luva dentro da segunda;
- ✓ Descarte as luvas na lixeira. Não reutilize as luvas.
- ✓ Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.

AVENTAL OU CAPOTE

- ✓ Abra as tiras e solte as amarras;
- ✓ Empurre pelo pescoço e pelos ombros, tocando apenas a parte interna do avental/capote;
- ✓ Retire o avental/capote pelo avesso;
- ✓ Dobre ou enrole em uma trouxa e descarte em recipiente **apropriado**;
- ✓ Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%;
- ✓ Lembre-se: Durante a retirada do avental ou capote, evite tocar o lado externo, pois estará contaminado.

GORRO OU TOUCA

- ✓ Para retirar a touca/gorro, puxe pela parte superior central, sem tocar nos cabelos;
- ✓ Descarte a touca/gorro em recipiente apropriado;

- ✓ Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%;
- ✓ Lembre-se: O Gorro é retirado após o avental ou capote.

ÓCULOS DE PROTEÇÃO OU PROTETOR FACIAL

- ✓ Remova pela lateral ou pelas hastes, considerando que a parte frontal está contaminada;
- ✓ A limpeza e a desinfecção devem ser realizadas de acordo com as instruções de reprocessamento do fabricante.

MÁSCARA CIRÚRGICA

- ✓ Segure as alças inferiores e depois as alças ou elástico superiores e remova-a. Descarte em uma lixeira;
- ✓ Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.

MÁSCARAS DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA N95

- ✓ Segurar o elástico inferior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo;
- ✓ Remover a máscara segurando-a pelos elásticos, tomando bastante cuidado para não tocar na superfície interna;
- ✓ Acondicione a máscara em um saco ou envelope de papel com os elásticos para fora, para facilitar a retirada posteriormente, no caso de reutilização;
- ✓ Nunca coloque a máscara já utilizada em um saco plástico, pois ela poderá ficar úmida e potencialmente contamina
- ✓ Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.

20. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério Da Saúde. Resolução RDC N°36, de 25 de julho de 2013. Institui Ações Para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e dá Outras Providências.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Resolução RDC Nº63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe Sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

22. ATIVIDADES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA HEMODIÁLISE

º	Admissão na TRS	Agente Executor
	Admissão dos pacientes: via regulação, é feito o acolhimento na recepção da unidade, é realizado o preparo para consulta pela enfermagem, avaliação social, avaliação com o nefrologista e posteriormente avaliação nutricional individual.	Equipe da recepção
	Dias e Horários de Atendimentos da Equipe Multidisciplinar	**Agente Executor**
	Os atendimentos são realizados em três turnos de segunda à sábado no período das 7 às 11, 12 às 16e das 17 às 21 horas. Cada atendimento tem duração média de 30 minutos, os retornos para acompanhamentos e avaliações são agendados (semanal, quinzenal ou mensal), conforme a necessidade de cada caso.	
	Descrição das Ações da Nutrição	**Agente Executor**
	Materiais necessários: Balança plataforma especifica para pesar cadeirantes, balança comum para pesagem em pé, estadiômetro, fita	Nutricionistas

	métrica inextensível, adipômetro, material de escritório, cadeira e computador.	
	As ações realizadas: coleta de dados, por meio de entrevista com o paciente e/ou cuidador, utilizando protocolo específico para levantar informações de identificação, história pregressa e atual, queixas e expectativas quanto ao atendimento e prognóstico. O diagnóstico nutricional, visa possibilitar a elaboração do plano terapêutico nutricional individualizado e entrega de material educativo para o usuário e cuidadores.	Nutricionistas
	Realização da avaliação do estado nutricional, composta por história clínica, hábitos alimentares, uso de medicamentos, avaliação de exames bioquímicos, recordatório alimentar, diagnóstico nutricional e conduta dietoterápica. Tais dados, são registrados no Formulário de Avaliação Nutricional para Paciente em Tratamento Dialítico.	utricionistas
	Avaliações que são executadas: antropométrica; da estatura; da circunferência de cintura; da circunferência do braço; da prega cutânea tricipital; da circunferência muscular do braço; da circunferência da panturrilha; Cálculo de necessidade energética para adultos e registrar no sistema de prontuário eletrônico MV.	Nutricionistas
	Cardápio: Elaborar cardápio de acordo com a singularidade do paciente, levando em consideração o hábito alimentar e perfil metabólico, para ser seguido nos dias de hemodiálise e a nível domiciliar; Acompanhar ganho e perda de peso seco ou interdialítico.	Nutricionistas
	Monitoramento: Acompanhamento periódico dos pacientes, com esclarecimento de dúvidas, reavaliação do consumo alimentar e estado nutricional; avaliação de exames bioquímicos, discussão de casos com a equipe, ajuste de PTS e registro semanal da evolução clínica no sistema MV.	Nutricionistas

º	Descrição das Ações da Assistência Social	Agente Executor
	Materiais necessários: ficha de anamnese social, material de escritório, cadeira, computador, pasta arquivo dos relatórios individuais de cada paciente.	Assistente Social
	As ações realizadas: - Acessibilidade: Garantir que os pacientes tenham seus direitos assegurados na oferta de um serviço humanizado. - Acolhimento: Compreender a subjetividade do paciente e/ou familiar no processo de adoecimento. - Anamnese: Conhecer a história de vida do paciente, questões sociais, familiar e cultural, buscar subsídios necessários para obtenção de apoio assistencial. - Acompanhamento social: Possibilitar melhoria da qualidade de vida do paciente através de apoio da rede municipal e garantias de direitos e benefícios sociais. - Integralidade do cuidado: Intermediação com os demais membros da equipe de saúde, avaliação conjunta para tomada de decisões, dar seguimento a assistência ou realizar encaminhamentos caso seja necessário. - Acompanhamento Familiar: Orientar o acompanhante sobre o tratamento e os possíveis benefícios de direito em relação a cada estudo de caso. - Registrar no sistema de prontuário eletrônico MV: operacionalizar o fazer clínico sobre o estado social, tipo de intervenção, ações junto à equipe e familiares, os resultados obtidos ou que se espera alcançar, auxiliar na aquisição de novas habilidades ou retomada de habilidades preexistentes, na promoção da qualidade de vida do indivíduo e encaminhamentos necessários.	Assistente Social

	- Atendimento multiprofissional: realizar atendimento ao usuário, conjuntamente com outros profissionais da equipe de saúde, visando a assistência integral ao paciente. - Atendimento online ao colaborador afastado por motivo de doença.	
º	**Descrição das Ações da Psicologia**	**Agente Executor**
	Materiais necessários: ficha de anamnese social, material de escritório, cadeira, computador, pasta arquivo dos relatórios individuais de cada paciente.	Psicólogo (a)
	As ações realizadas: - Acessibilidade: Garantir que os pacientes tenham seus direitos assegurados na oferta de um serviço humanizado. - Acolhimento: Compreender a subjetividade do paciente e/ou familiar no processo de adoecimento. - Anamnese: Conhecer a história de vida do paciente, sintomas, questões emocionais na descoberta da doença, visa buscar subsídios necessários para obtenção do tratamento. - Acompanhamento Psicológico Individual: Possibilitar melhoria da qualidade de vida do paciente através da expressão dos sentimentos, reforçar recursos de enfrentamento, estimular a busca de apoio e ajuda nas situações de crise. - Integralidade do cuidado: Intermediação com os demais membros da equipe de saúde, avaliação conjunta para tomada de decisões; - Acompanhamento Psicológico Familiar: Orientar o acompanhante sobre as possíveis reações emocionais e a importância do tratamento. - Registro escrito nos prontuários: operacionalizar o fazer clínico sobre o estado emocional, tipo de intervenção, ações junto à equipe e familiares, os resultados obtidos ou que se espera alcançar, auxiliar	Psicólogo (a)

	na aquisição de novas habilidades ou retomada de habilidades preexistentes, na promoção da qualidade de vida do indivíduo; - Atendimento online ao colaborador afastado por motivo de doença.	
°	**Descrição das Ações da Fisioterapia**	**Agente Executor**
	Materiais necessários: ficha de anamnese social, ficha de anamnese cinesiofuncional, material de escritório, cadeira, computador, fita métrica, estetoscópio e goniômetro.	Fisioterapeuta
	As ações realizadas: - Acessibilidade: Garantir que os pacientes tenham seus direitos assegurados na oferta de um serviço humanizado. - Acolhimento: Compreender a subjetividade do paciente e/ou familiar no processo de adoecimento. - Anamnese: Conhecer a história de vida do paciente, questões emocionais na descoberta da doença, visa buscar subsídios necessários para obtenção do tratamento. 1. Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante; 2. Verificar a queixa principal e secundária (levando em consideração os sinais e sintomas apresentados); 3. Coletar dados subjetivos, através da história clínica; 4. Realizar ausculta pulmonar; 5. Avaliar o grau de força muscular em membros inferiores e membros superiores bilateral, totalizando 12 movimentos. 6. Observar o grau de força muscular periférica de membros inferiores e superiores, esta avaliação tem por objetivo, verificar redução de força pontual, guiando também desta forma a terapêutica	Fisioterapeuta

	7. Registrar o procedimento na avaliação/evolução fisioterapêutica no sistema MV; - Acompanhamento Fisioterapêutico Individual quando necessário. - É realizado estudo de caso semanalmente para ajustes de PTS; - Rotina da GL: - São realizadas de segunda a quinta-feira, em 2 turnos, em média 20 minutos, sessões de GL, são realizadas na própria cadeira de hemodiálise, em grupo, por meio de comandos verbais do fisioterapeuta. Com objetivo de ganho de força (estática e dinâmica), flexibilidade, alongamento, coordenação e equilíbrio. E, por fim, orientar a prática de exercícios físicos leves em domicílio, com intuito da melhora das capacidades relacionadas à saúde, melhora da qualidade de vida e prevenção de lesões e agravos. - São realizados: • Exercícios dinâmicos: exercícios de contração concêntrica e excêntrica das articulações do corpo. Priorizar os movimentos em todos os planos e eixos das articulações sinoviais de graus 1, 2 e 3. Realizar no mínimo 3 séries com 8 a 12 repetições, dependendo do objetivo. • Exercícios dinâmicos contínuos/aeróbio: exercícios de contração concêntrica e excêntrica das articulações do corpo com menor tempo de intervalo, aproximadamente 30". • Exercícios dinâmicos alternados: exercícios de contração concêntrica e excêntrica das articulações do corpo com maior tempo de intervalo, aproximadamente de 1 a 2 minutos. • Exercícios de força dinâmica: exercícios com foco na tensão muscular com movimentos, curtos e rápidos visando o aumento da	

	tensão muscular de cada articulação. Tipo de trabalho para priorizar a força de ação concêntrica e excêntrica em diferentes angulações da amplitude articular de movimento. • Exercícios de força isométrica: exercícios com foco na tensão muscular sem movimento, usando como resistência o próprio peso do corpo. Tipo de trabalho para priorizar a força estática em diferentes angulações da amplitude articular de movimento. • Exercícios combinados: elaborar sequências de exercícios com características dinâmicas e isométricas. Pode ser feita uma sequência alternada ou usando diferentes momentos da sessão de GL.	
°	**Descrição das Ações da Assistência Farmacêutica**	**Agente Executor**
	Materiais necessários: ficha de anamnese social, material de escritório, cadeira, computador, pasta arquivo dos relatórios individuais de cada paciente.	Farmacêutico (a)
	As ações realizadas: - As consultas farmacêuticas serão realizadas utilizando o método SOAP, a sigla corresponde a um acrônimo (originado do inglês) para "Subjetivo", "Objetivo", "Avaliação" e "Plano"; que permite realizar o registro de informações de forma sucinta e sistematizada de cada etapa da abordagem realizada. O Quadro 1 a seguir retrata os aspectos possíveis de serem verificados por meio desse método. Quadro 1: Método SOAP Os dados serão coletados utilizando a FICHA PARA CONSULTA FARMACÊUTICA conforme ficha que segue anexada (ANEXO I). - Identificação das necessidades do paciente relacionadas aos medicamentos em uso; - Definição do objetivo plano terapêutico compartilhado com o paciente, considerando os objetivos do farmacêutico e as	Farmacêutico (a)

	necessidades do paciente; - Orientação farmacêutica domiciliar humanizada, voltado para quem tem dificuldade de leitura e audição, de forma ilustrativa, conforme documento anexado; - Seleção da terapia ou intervenções relativas ao cuidado à saúde; - Orientação ao paciente e/ ou cuidador; - Documentar a história de medicação completa: 1) Medicamentos prescritos – princípio ativo, concentração, posologia prescrita, origem da prescrição, posologia utilizada e tempo de uso. 2) Medicamentos utilizados por automedicação – princípio ativo, concentração, posologia utilizada e tempo de uso. 3) Terapias alternativas e complementares (ex.: homeopatia, plantas medicinais, acupuntura etc.) 4) Alergias conhecidas a medicamentos. 5) Incômodos devido ao uso dos medicamentos. 6) Rastreamento de reações adversas a medicamentos. 7) Dificuldades no uso dos medicamentos. Avaliação de resultados Discussão de PTS com a equipe multidisciplinar semanalmente; Evolução do paciente no prontuário eletrônico MV.	
°	**Descrição das Ações da Fonoaudiologia**	**Agente Executor**

	Materiais necessários: ficha de anamnese social, material de escritório, cadeira, computador, luvas, balão, gases, abaixador de língua.	Fonoaudiólogo (a)
	As ações realizadas: - Avaliar a linguagem compreensiva e expressiva; - Verificar a existência de déficits auditivos ou alterações de fala; - Realizar a análise perceptiva auditiva da voz; - Avaliar a existência e eficiência dos reflexos protetivos e patológicos; - Realizar avaliação de órgãos fonoarticulatórios (mobilidade, tônus e sensibilidade extra e intraoral); - Verificar a ocorrência de alteração do quadro respiratório, tosse/engasgo, desconforto ou demais sinais sugestivos de penetração laríngea/aspiração traqueal, interrompendo a avaliação em caso positivo; - Definir a hipótese diagnóstica fonoaudiológica, classificando a disfagia do paciente segundo a gravidade e na escala funcional de ingesta oral; - Definir a conduta fonoaudiológica; - Registro da anamnese no sistema MV. - Preencher a ficha de avaliação fonoaudiológica (consta abaixo), anexando-a ao prontuário do paciente; - Realizar evolução em prontuário; - Realizar devolutiva e orientações ao paciente, acompanhante (s), equipe médica e equipe assistencial.	Fonoaudiólogo (a)

23. INDICADORES:

FICHA TÉCNICA DO INDICADOR

Título: Taxa de pacientes cuidados ou tratados para LPP

Origem: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos e checklist de coleta de dados

Nível da informação: Resultado

Dimensão da qualidade: Efetividade

Descrição do numerador:	**Descrição do denominador:**
Nº de pacientes da hemodiálise com cuidados para LPP	nº total de pacientes da hemodiálise x 100

Método de cálculo: Nº de pacientes da hemodiálise com cuidados para LPP/ nº total de pacientes da hemodiálise x 100

Média: > 90%

Definição de termos: LPP: Lesão por pressão....

Limitações: subnotificação de incidentes/eventos adversos.

Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica.

FICHA TÉCNICA DO INDICADOR

Título: Número de notificação relacionada a identificação

Origem: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos

Nível da informação: Resultado

Dimensão da qualidade: Efetividade

Descrição do numerador:	Descrição do denominador:
Número de notificação relacionada a identificação	Número de notificações X 100

Método de cálculo: Número de notificação relacionada a identificação/ Número de notificações X 100 na unidade Policlínica.

Média: Não se aplica

Definição de termos: Identificação: termo utilizado para a segurança do paciente em seus procedimentos e atendimentos dentro da unidade.

Limitações: subnotificação de incidentes/eventos adversos, falta de notificação de identificação errada ou etiquetas danificadas

Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica.

FICHA TÉCNICA DO INDICADOR

Título: Número de notificação relacionada a comunicação

Origem: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos

Nível da informação: Resultado

Dimensão da qualidade: Efetividade

Descrição do numerador:	Descrição do denominador:
Número de notificação relacionada a comunicação	Número de notificações X 100

Método de cálculo: Número de notificação relacionada a comunicação/ Número de notificações X 100 na unidade Policlínica.

Média: Não se aplica

Definição de termos: Comunicação: significa tornar comum, compartilhar, trocar opiniões, associar, conferenciar. O ato de

comunicar implica em trocar mensagens, que por sua vez envolve emissão e recebimento de informações.

A comunicação efetiva é aquela que produz um efeito real, positivo, quando uma mensagem transmitida do emissor para o receptor é compreendida sem ruído, resultando na execução correta da atividade ou ação comunicada.

Limitações: subnotificação de incidentes/eventos adversos.

Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica.

17. PROTOCOLO DE ADEQUAÇÃO EM HEMODIÁLISE

1. INTRODUÇÃO

A quantificação da hemodiálise representa um dos maiores avanços no tratamento dialítico, exercendo um grande impacto sobre a morbidade e a mortalidade de pacientes renais crônicos. Diálise adequada seria uma quantidade ótima de diálise a ser oferecida rotineiramente, passível de verificação. A monitorização da dose de diálise pode ser feita por meio da medida dos índices de remoção das toxinas urêmicas.

Entretanto, não é possível medir todas a toxinas urêmicas na práticaclínica, pois existem centenas delas, mas a uréia, molécula orgânica de baixo peso molecular, 60Da, é a mais conhecida, sendo utilizada para quantificar a dose de diálise e monitorizar a qualidade da terapia.

Os índices mais utilizados para a medida da dose ofertada de HD são URR e Kt/V de uréia. Existe uma relação matemática entre UUR e Kt/V e mabos são determinados basicamente a partir dos níveis de uréia pré-diálise e pós diálise.

2. OBJETIVO

Manter o spKT/V ≥ 1,2 ou taxa de redução da uréia (TRU) > 65% para pacientes em esquema de até 3 sessões semanais. Para paciente com prescrição diferente de 3x/semana, utilizaremos o stdKt/V > 2,1, assim estaremos ofertando a dose de

hemodiálise adequada.

3. SIGLAS

TRU - taxa de redução da uréia

UF – ultrafiltrado

U – Ureia

HD – Hemodiálise

spKT/V – kt/V single pool

stdKt/V- kt/V standard

4. APLICAÇÃO

Na hemodiálise **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**

5. DEFINIÇÕES

FÓRMULAS UTILIZADAS

$$\textbf{TRU} = \frac{\text{Uréia pré} - \text{Uréia pós} \times 100}{\text{Uréia pré}}$$

TRU = taxa de redução da uréia

K x t /V

K = Clearance* de uréia ml/min (influenciado pelo tipo e superfície da membrana, fluxo desangue, fluxo do dialisato)

T = Tempo em minutos

V = Volume de distribuição de uréia em ml

O método preferido para quantificar a dose de HD é o modelo formal da cinética da uréia, determinando o *single* pool calculado pela fórmula de Daugirdas.

Kt/V = -Ln (Upós/Upré) – 0,008.t + [4-3,5. (Upós/Upré)] x UF/Peso

Onde:

Upós e Upré = Uréia sérica pós e pré HD, respectivamente (mg/dL)

t = tempo de HD (horas)

UF = Peso pré HD – Peso pós HD (kg)

Apenas em paciente que não realizem hemodiálise 3x/semana é preferível utilizar o kt/V santardt ao inves do single pool para qualificação se a dose de hemodiálise está satisfatória.

ROTINA PARA COLETA DE URÉIA PÓS DIÁLISE

-Lavar as mãos; utilizar EPIs

-Separar os materiais, identificar o tubo com o nome do paciente

-Ao término da sessão de hemodiálise

* reduzir o fluxo da bomba de sangue para 150 ml/min

* aguardar 1 minuto

-Assepsia da linha arterial

-Coleta de amostra de sangue

-Conforme a rotina finalizar a sessão de hemodiálise

CONDUTAS POSSÍVEIS PARA KT/V < 1.2 OU TRU < 65%

- Checar se a coleta foi correta

- Checar se não houve intercorrência durante a sessão como hipotensão, interrupções

- Checar coagulação do sistema

- Aumento da superficie da área do dialisador e/ou do coeficiente de transferência de massa (Koa) ou troca para alto fluxo

- Aumento do fluxo de sangue

- Aumento da duração e da frequência das sessões

- Aumento do fluxo de banho

- Revisão do acesso vascular: calcular taxa de recirculação, presença de colaterais, baixo fluxo

- Checar hematócrito

18. PROTOCOLO DE ANTIGOAGULAÇÃO EM HEMODIÁLISE

1.OBJETIVO

Prescrever de forma segura o anticoagulante (heparina não fracionada) necessária para evitar coagulação do circuito de hemodiálise e evitar perdas sanguíneas que acarretem em piora de anemia.

2. DEFINIÇÕES

Durante o procedimento de diálise, o sangue do paciente é exposto a cânulas intravenosas, equipos, câmaras de gotejamento, encabeçamentos, compostos da estrutura interna e membranas. Essas superfícies apresentam graus variáveis de trombogenicidade e podem iniciar a coagulação do sangue.

Quando não se utiliza anticoagulante, a taxa de coagulação no dialisador durante uma sessão de diálise de 3 a 4 h é considerável (5 a 10%), com consequente perda das linhas e capilares, além da perda de cerca de 100 a 180 ml de sangue. Esse risco é aceitável em muitos pacientes nos quais o risco de sangramento induzido por anticoagulante é moderado a alto, pois muitas vezes o sangramento nesses casos pode ter consequências mais grave.

Quando o paciente não tem contraindicação de realização de anticoagulação, optamos pela realização da heparina não fracionada da dose de 100UI/kg, a dose é realizada em bolus ao início da HD.

Na unidade a HNF é no frasco de 5 ml e tem-se 5000UI a cada 1ml.

→ Exemplo de prescrição:

- Se o paciente pesa 50 kg, ele receberá: 50kg x 100UI: 5.000UI

- 5000UI é equivante a 1 ml de heparina.

Considerar para pacientes com algum risco de sangramento a dose de 75 U/kg e administrar, se necessário, soro fisiológico 0.9% 100 ml de 15/15 ou 30/30 minutos. Por outro lado, pacientes com episódios de coagulação do sistema, em uso de cateter venoso central sem risco de sangramento a dose poderá ser aumentada, mas não deverá ultrapassar 120 U/kg.

Deve-se tentar evitar os fatores que favorecem a coagulação do circuito, ficar atentos aos sinais de coagulação do circuito para correção dos mesmos e sempre checar se o paciente tem alguma contraindicação para o não uso de heparina na sessão de diálise.

Apesar de a unidade optar pelo protocolo com heparina não fracionada, também seria possível fazer uso com heparina de baixo peso molecular, Heparinoides (danaparoide e fondaparinux), citrato de sódio, prostanoides ou mesilato de nafamostato.

2.1 INDICAÇÕES DE DIÁLISE SEM HEPARINA

-Pericardite

-Cirurgia recente, com complicações hemorrágicas ou risco de sangramento, sobretudo:

-Cirurgia vascular e cardíaca

-Cirurgia oftálmica (da retina e catarata)

-Transplante renal

-Cirurgia encefálica

-Cirurgia das paratireoides

-Coagulopatia

-Trombocitopenia

-Hemorragia intracerebral

-Hemorragia ativa

2.2 FATORES QUE FAVORECEM A COAGULAÇÃO DO CIRCUITO

- Fluxo sanguíneo baixo

- Hematócrito alto

- Taxa de Ultrafiltração alta

- Recirculação no acesso da diálise

- Transfusão de sangue e produtos dos sangues durante a diálise

- Infusão de lipídios durante a diálise

- Uso de câmaras de gotejamento (exposição ao ar, formação de espuma, turbulência)

2.3 SINAIS DE COAGULAÇÃO DO CIRCUITO

-Sangue extremamente escuro

-Sombras ou estrias negras no dialisador

-Espuma com subsequente formação de coágulo nas câmaras de gotejamento e na câmara de captura de ar venoso

- Enchimento rápido dos monitores do transdutor com sangue

- Existência de coágulos no encabeçamento de entrada do dialisador

3. SIGLAS

HNF – Heparina não fracionada

HD – hemodiálise

KG - Kilos

4. APLICAÇÃO

Durante a realização da sessão de hemodialise **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.**

5. RESPONSABILIDADE

Médicos ao prescrever a dose e equipe de enfermagem na administração.

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPI'S (máscara descartável, touca, avental)

Heparina não fracionada 5000UI/ml

Seringas de 3 ml

Agulhas de 30x0.8

Luva de procedimento

19. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A HIPERCALEMIA E PACIENTES RENAIS CRÔNICOS

1. OBJETIVO

Definir ações com toda a equipe assistencial para diminuição das intercorrências causadas pela hipercalemia, capacitar a equipe para facilitar a assistência no dia a dia, reduzir complicações causadas pela hipercalemia, demonstrar fatores de risco para hipercalemia, definir intervenções para estabilização do paciente após o diagnóstico

2. DEFINIÇÕES

A hipercalemia é uma condição caracterizada por níveis altos de potássio no sangue, comumente encontrados em pacientes portadores de doença renal crônica em terapia renal substitutiva ou em terapia conservadora. Valores maiores que 5,5 mEq/L configuram hipercalemia.

2.1 FATORES DE RISCO

- Não realização de HD;
- Reposição oral ou venosa de K;
- Amostra de sangue hemolisada;
- Uso de torniquetes na hora da coleta do sangue;

- Acidose metabólica;

- Uso de diuréticos retentores de K;

- Hipoaldosteronismo;

- Pacientes com os seguintes sinais ou sintomas:

Fraqueza muscular, parestesias, hiporreflexia, arreflexia, paralisias, tremores, alterações eletrocardiográficas.

2.2 TRATAMENTO

- Solicitar para todos os pacientes a dosagem sérica do K, conforme rotina da unidade e a critério médico;

- Suspender reposição oral ou endovenosa de K (se houver);

- Suspender administração de diuréticos poupadores de K (se houver);

- Para pacientes com sinais e/ou sintomas característicos, solicitar ECG. Se o ECG apresentar onda T apiculadas e simétricas, depressão do segmento ST, diminuição da amplitude em R, aumento do intervalo PR, alargamento do QRS ou fibrilação ventricular, forte indício de hipercalemia;

- Administrar Gluconato de cálcio 10% 10 ml EV em 5 a 10 min (se houver alterações no ECG);

- Prescrever glicoinsulinoterapia / solução polarizante EV (8UI insulina regular diluída em 10 ampolas de glicose 50%). infundir em 30 min;

- Prescrever Beta-2 agonista (puffs com salbutamol

3.APLICAÇÃO

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

4.RESPONSABILIDADE

Equipe médica e de enfermagem

20. PROTOCOLO DE HIPERNATREMIA NA HEMODIÁLISE

1. OBJETIVOS

Identificar os fatores de risco, realizar o diagnóstico e tratamento eficaz das hipernatremias.

2. DEFINIÇÕES

Embora a hipernatremia seja mais frequentemente devida à perda de água, ela também pode ser causada pela ingestão de sal sem água ou pela administração de soluções hipertônicas de sódio. Este protocolo visa revisar o diagnostico e manejo da hipernatremia em pacientes dialíticos.

2.1 FATORES DE RISCO

- Pacientes com grandes perdas de água não reposta. (diabetes insipido, diarreias, diurese osmotica, etc.)
- Pacientes com sobrecarga de sódio
- Pacientes DRC em terapia renal substutiva ou conservadora

2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes com dosagem sérica de Na > 145 mEq/L
- Pacientes que apresentem fraqueza muscular, Confusão mental; Delirium; Coma.
- Convulsões são mais observadas durante a correção rápida da hipernatremia.

2.3 DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

1. Solicitar para todos os pacientes a dosagem do sódio sérico conforme a rotina da unidade e a critério médico
2. Corrigir causa básica da hipernatremia
3. Avaliar tempo de instalação da hipernatremia (Sendo, menor que 48 h considerada aguda e maior que 48 h crônica)
4. Calcular déficit de água livre

$$\boldsymbol{DAL: água\ corporal\ (\frac{Na-140}{140})}$$

5. Avaliar status volêmico do paciente

a. Se paciente hipovolêmico, iniciar solução salina ou glicosada até euvolemia

b. Se paciente hipervolêmico estimular ingesta hídrica, caso necessário usar diuréticos tiazídicos

c. Se paciente normovolêmico estimular ingesta hídrica e monitorar sódio, caso necessário corrigir com SG.

d. Pode ser necessário a TRS em casos refratários

e. Calcular variação de sódio, sendo que esta não deve ultrapassar 10 mEq/L/dia

$$\boldsymbol{\Delta Na: \frac{Na\ soro - Na\ sérico}{AC + 1}}$$

Sendo que,

NaCl 0.9% contém 154 mEq/L de Na

NaCl 0, 45% contém 77 mEq/L de Na

NaCl 3% contêm 513 mEq/L de Na

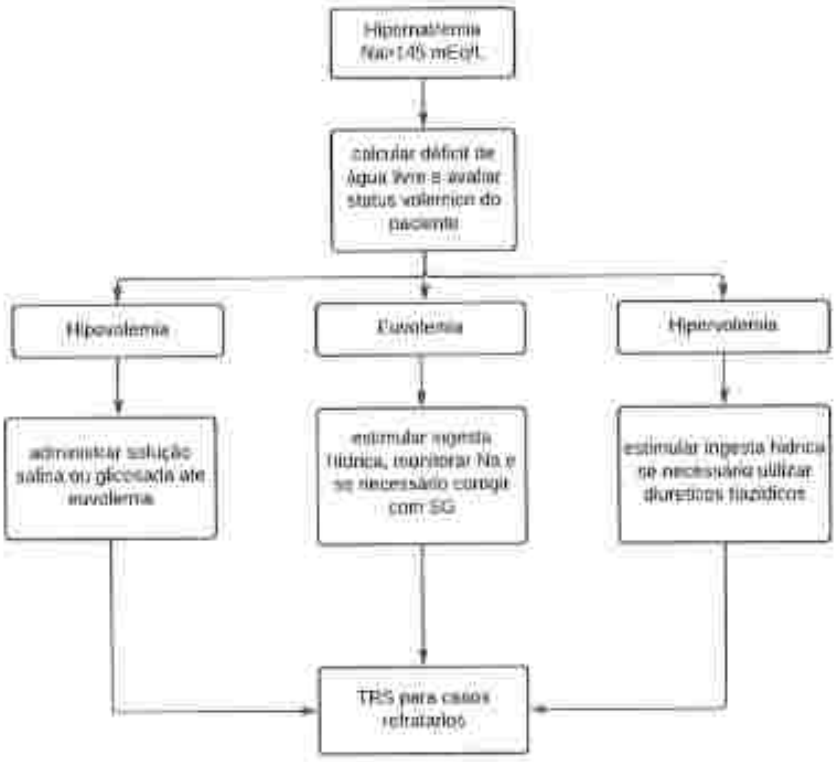
SG contêm 0 mEq/L de na

Hipernatremia aguda (<48h) reduzir sódio até 01 mEq/L/h.
Hipernatremia crônica reduzir sódio até no máximo 0,5 mEq/L/h.

3.APLICAÇÃO

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

4.FLUXO



21. PROTOCOLO DE HIPONATREMIA NA HEMODIÁLISE

1. OBJETIVO

Realizar o diagnóstico e tratamento a despeito das hiponatremias e identificar seus fatores de risco afim de evitá-la.

2. DEFINIÇÕES

A hiponatremia é definida como valores séricos de sódio menor que 135mEq/L, distúrbio eletrolítico comumente encontrado em pacientes com doença renal crônica. Está relacionado a um excesso de água corporal e a uma dificuldade do rim em excretá-la. Têm diversas causas, dentre elas estados hiperosmolares, hiposmolares, hipervolêmias, hipovolêmias e normovolêmicas.

2.1 FATORES DE RISCO

- Paciente doente renal
- Pacientes DRC sem diurese residual
- Administração incorreta de fluidos
- Uso de AINE
- Hipotireoidismo

2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes com dosagem sérica de sódio abaixo de 135mEq/L
- Pacientes que apresentem os seguintes sinais e sintomas:
- Cefaleia, náuseas, vômitos, câibras, agitação psicomotora, desorientação, hiporreflexia.

- Coma, letargia, convulsões, dano cerebral permanente, herniação do Uncus, desmielinização pontinea, parada cardíaca e morte podem ocorrer em casos de queda rápida do Na sérico.

2.3 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Solicitar para todos os pacientes a dosagem do sódio sérico conforme a rotina da unidade e a critério médico

2. Corrigir dosagem de Na sérico pela glicemia: (descartar pseudohiponatremia)

$$Nac = Nas + [1{,}6\ x(\frac{glicose - 100}{100})]$$

3. Avaliar osmolaridade sérica (VR 280-295)

$$osmolaridade\ sérica: 2\ x\ Na + \frac{glicose}{18} + \frac{ureia}{6}$$

4. Avaliar status volêmico do paciente

5. Identificar e tratar causa base da hiponatremia

2.4 REPOSIÇÃO DE SÓDIO

$$\Delta Na: \frac{Na\ soro - Na\ sérico}{AC + 1}$$

Sendo que,

NaCl 0,9% contém 154 mEq/L de Na

NaCl 0, 45% contém 77 mEq/L de Na

NaCl 3% contém 513 mEq/L de Na

OBS.: Calcular AC segundo a fórmula de Watson

- Restringir a ingesta de água
- A reposição do déficit de sódio calculado deve ser lenta e não ultrapassar 10 mEq/L/dia nos pacientes sintomáticos e graves.
- É ideal que se corrija o potássio e o fósforo antes da administração de solução salina hipertônica.

SIGLAS

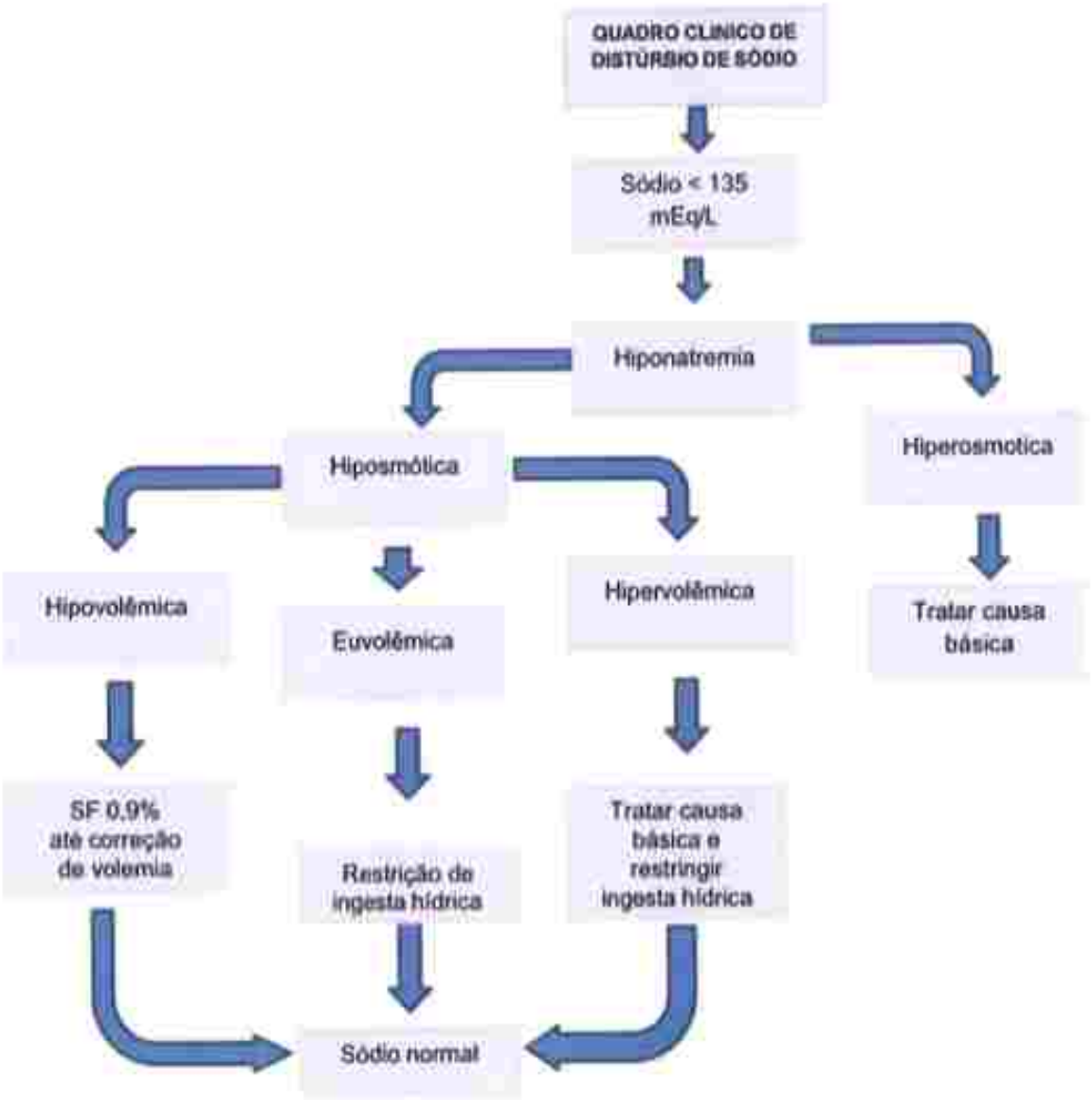
HD – Hemodiálise

DRC – doente renal crônico

AINE- anti-inflamatórios não esteroidal

Na – Sódio

AC – água corporal total


QUADRO CLÍNICO DE DISTÚRBIO DE SÓDIO
Sódio < 135 mEq/L
Hiponatremia
Hiperosmotica
Tratar causa básica
Hiposmótica
Hipovolêmica
Euvolêmica
Hipervolêmica
SF 0,9% até correção de volemia
Restrição de ingesta hídrica
Tratar causa básica e restringir ingesta hídrica
Sódio normal

FLUXO

22. PROTOCOLO DE VACINAÇÃO EM PACIENTE DA HEMODIÁLISE

1. OBJETIVO

Estabelecer as orientações vacinais em pacientes com DRC estágio 5, sob TRS (Terapia Renal Substitutiva), quer seja Hemodiálise ou Diálise Peritoneal; em pacientes com DRC em estágios anteriores à TRS e naqueles sob programação para transplante renal.

2. DEFINIÇÕES

As infecções são uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre pacientes com doença renal terminal. A utilização correta do esquema de vacinação é um dos principais fatores responsáveis pela redução da incidência mundial dessas infecções e no Brasil é oferecida gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde.

A resposta à vacinação nessa população é inferior se comparada à população geral e a manutenção do titulo de anticorpos nem sempre é sustentada. Assim o paciente que for admitido na hemodiálise, deverá ser encaminhado para uma das unidades dos CRIEs para atualização do cartão vacinal conforme a seguir:

3. VACINAS

3.1 VACINAS INDICADAS

- Influenza anual
- Pneumococo polissacarídea 23 e Pneumococo conjugada 13
- Hemophilus influenza tipo B
- Varicela-zoster (desde que não haja quadro de imunossupressão que contraindique uso de vacinas com microrganismos vivos)
- Hepatite A
- Hepatite B

- Febre Amarela – (desde que não haja quadro de imunossupressão que contraindique uso de vacinas com microrganismos vivos)
- Tríplice viral (sarampo, catapora, rubéola) - (desde que não haja quadro de imunossupressão que contraindique uso de vacinas com microrganismos vivos)
- DTpa (difteria, tétano, pertussis acelular)
- HPV – conforme idade
- Covid-19

3.1.1 INFLUENZA

Deve ser feita de forma anual. A vacina quadrivalente(4V) é preferível à vacina trivalente(3V).

** CRIE/UBS: Somente a Vacina 3V disponível.

3.1.2 PNEUMOCOCO

No caso de possibilidade de prescrição do esquema vacinal sequencial anti-pneumococo, sempre iniciar com a vacina conjugada pneumococo 13(VCP 13), seguida pela vacina pneumococo 23 polissacarídea (VPP23), respeitando o intervalo mínimo de 8 (oito) semanas entre elas.

Aplicar uma segunda dose da VPP23, com intervalo de cinco anos entre elas. Se a segunda dose da VPP23 for aplicada antes dos 60 anos de idade, há a indicação de uma terceira dose, com intervalo 5 anos da última dose aplicada.

Caso o paciente tenha recebido a VPP23 e não tenha recebido a VCP anteriormente (13), aguardar um intervalo de 12 meses para a aplicação da VCP (13) e 5 anos para nova dose da VPP23.

** CRIE/UBS: Somente a Vacina VPP23 disponível.

3.1.3 HEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B

A vacina Haemophilus influenzae tipo b (conjugada) faz parte do calendário básico do Programa Nacional de Imunizações, compondo a vacina pentavalente (difteria/ tétano/pertússis/Hib/HepB).

A vacina isolada é restrita a situações especiais, nos CRIE como os paciente que não fizeram uso da pentavalete.

A partir de 5 anos fazer 2 doses (4 a 8 semanas de intervalo) se imunodeprimido e dose única se imunocompetente.

** Disponível somente nos CRIE.

3.1.4 VARICELA-ZOSTER

Indicada para doentes renais crônicos em qualquer idade, principalmente os que se encontram listados ao transplante renal.

Temos disponível as:

- RZV: não vivo recombinante glicoproteína E com adjuvante, administrada em 2 doses, com intervalo de 2 meses, em pacientes acima de 50 anos (maior eficácia e mais prolongada imunidade). Não disponível no Brasil.

- LZV: vacina vivo atenuado para maiores de 60 anos. É recomendado 2 doses: 0-3 meses.

** CRIE: Disponível a vacina LZV.

3.1.5 HEPATITE A

Tanto na apresentação adulta como infantil, a vacina hepatite A pode ser administrada em uma ou duas doses.

** CRIE: Disponível.

3.1.6 HEPATITE B

CONDIÇÃO	DOSE/ESQUEMA	SOROLOGIA PÓS-VACINAÇÃO
Todos os pacientes com DRC, estágios 4-5 e sob TRS	4 doses com o dobro da dose para a idade, esquema 0,1,2 e 6 meses	Sim-> 1-2 meses após a primeira série; - Repetir esquema para os não reagentes; -Se reagentes, realizar anti HBsAg anualmente e fazer reforço (*booster* de 40 ug, dose única) para os que apresentarem títulos menores que 10 UI/mL na retestagem; -Se não reagentes, testar HBsAg mensalmente.

- Realizar sorologia antes e após 1-2 meses do esquema vacinal completo, constando de HBsAg, anti HBsAg e anti HBc;

- Embora impreciso, não repetir vacinação se, após um segundo esquema vacinal completo, paciente permanecer não reagente - testar HBsAg mensamente nestes pacientes.

- Não há recomendações específicas para imunização de pacientes com DRC estágios 1-3, embora a mesma deva ser considerada.

- Pode haver positividade transitória de HBsAg logo após a vacinação, com resolução em cerca de 20 dias.

** CRIE: disponível.

3.1.7 FEBRE AMARELA

Não deve ser aplicada a vacina concomitante com outra vacina de vírus atenuado e quando indicada é realizada em dose única.

As Contraindicações para a vacina contra febre amarela são:

- Pacientes com imunodeficiência secundária a doenças ou terapias imunossupressoras;

- Transplantados, portadores de doenças do timo;

- Doença oncológica em quimioterapia ou radioterapia;

- História prévia de hipersensibilidade à vacina ou ovo

** CRIE/UBS: disponível.

3.1.8 TRÍPLICE VIRAL (SARAMPO, CATAPORA, RUBÉOLA)

É preconizado duas doses em pacientes com até 29 anos e uma dose para pacientes entre 30-59 anos. Desde que não haja quadro de imunossupressão que contraindique uso de vacinas com microrganismos vivos.

3.1.9 DTPA (DIFTERIA, TÉTANO, PERTUSSIS ACELULAR)

Atualizar dTpa independente de intervalo prévio com dT ou TT. Se o paciente já foi previamente vacinado fazer reforço com dTpa a cada 10 anos. Com esquema de vacinação básico incompleto fazer o reforço com dTpa e completar a vacinação básica com dT. Se o paciente nunca foi vacinado ou histórico de vacinação desconhecido realizar uma dose de dTpa e duas dose de dT: 0 -2-4 meses.

3.1.10 HPV

Preconizada para sexo feminino: 9-45 anos e masculino: 9-26 anos. Realizar 2 doses: 0 e 6 meses.

3.1.11 COVID

Todos os pacientes devem receber vacinação contra COVID-19 para evitar resultados graves relacionados ao SARS-COV-2. O calendário deve seguir conforme orientações do Ministério da Saúde, atualmente o paciente pode realizar a 5° dose.

3.2 VACINAÇÃO DE PACIENTES CANDIDATOS A TRANSPLANTE RENAL

Pacientes sob TRS potenciais candidatos um transplante renal, o qual pode ocorrer a qualquer momento, devem manter seus cartões de vacinação atualizados. O corpo clínico e a enfermagem devem encaminhar estes pacientes para o CRIE. A prescrição de vacinação deve considerar:

3.2.1 TIPO DE VACINA

a) **Vacinas de vírus/bactérias vivas atenuadas:** nesse caso o agente infeccioso é inoculado completo, após ser submetido a um processo de eliminação ou atenuação importante da sua patogenicidade.

Pertencem a esse grupo:

- BCG
- Febre Amarela
- Tríplice viral (sarampo, catapora, rubéola)
- Pólio oral
- Varicela-zoster (LZV)

b) **Vacinas constituídas por estruturas imunogênicas do agente infeccioso ou de produtos patogênicos inativados (toxoides) ou do agente totalmente inativado:** com o desenvolvimento da virologia, biologia molecular e engenharia genética foi possível desenvolver vacinas com proteínas dos vírus e bactérias, eliminando toda possibilidade de alguma complicação decorrente do próprio agente infeccioso.

Pertencem a esse grupo:

-DTPa (difteria, tétano, pertussis acelular)
-Pólio inativada injetável
-Hepatite B
-Haemophilus influenzae tipo B
-Influenza: para todos os transplantados, seus contactantes, cuidadores, com vírus da influenza inativado, anualmente; se > 65 anos, idealmente, dose alta é recomendada. Se houver indicação de revacinação, devido à uma epidemia, *booster* 4-6 semanas após dose inicial.
-Hepatite A
-Meningo C: pacientes que usam/usarão Eculizumab, devem receber MeahACWY e MenB, pelo menos 2 semanas antes do início do Eculizumab.

-Pneumococo 13 (vacina conjugada): repetir a dose da vacina pneumococo conjugada em pacientes > 65 anos.

-Pneumococo 23 (vacina polissacarídea)

Varicela-zoster: RZV, 6-12 meses após o transplante, 2 doses.

3.2.2 MOMENTO EM RELAÇÃO AO TRANSPLANTE

O melhor momento para vacinar o paciente é sem dúvida, antes do transplante acontecer, pois os esquemas de imunossupressão necessários diminuem de forma importante a imunogenicidade das diferentes vacinas e contraindica o uso de vacinas de agentes vivos atenuados.

No entanto, é importante destacar, que pacientes após o transplante tem indicação formal de serem vacinados, pois ainda que no contexto de imunossupressão, a vacinação consegue proporcionar níveis importantes de proteção. A resposta vacinal é muito diminuída imediatamente após o transplante, após tratamento de um episódio de rejeição ou uso de Rituximab: aguardar de 3-6 meses para vacinar.

4. SIGLAS

DRC – doença renal crônica

TRS – terapia renal substitutiva

PNI – programa nacional de imunizações

CRIE – Centro de referências de imunobiológicos especiais

UBS- unidade básica de saúde

DTPa - difteria, tétano, pertussis acelular

Pólio – poliomielite

5. APLICAÇÃO

Setor de hemodiálise da **Policlínica Estadual da Região** do Entorno – Formosa.

6. RESPONSABILIDADE

Médicos nefrologistas e enfermeiros da unidade

7. MATERIAS NECESSÁRIOS:

Acesso ao Programa Nacional de Imunizações (PNI)

Acesso ao CRIE (Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais)

16. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A HIPERALEMIA EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

1. OBJETIVO

Identificar os fatores de risco dos pacientes DRC com hipercalemias e realizar o diagnóstico preciso assim como o tratamento para assim reduzir suas complicações. Devemos capacitar a equipe para facilitar a assistência no dia a dia e definir intervenções para estabilização do paciente após o diagnóstico

2. DEFINIÇÕES

O cálcio no soro está ligado às proteínas, principalmente à albumina. Como resultado, as concentrações séricas totais de cálcio em pacientes com níveis baixos ou altos de albumina sérica podem não refletir com precisão a concentração fisiologicamente importante de cálcio ionizado (ou livre). Por exemplo, em pacientes com hipoalbuminemia, a concentração sérica total de cálcio pode ser normal quando o cálcio ionizado sérico está elevado

Define-se hipercalcemia por cálcio sérico total maior que 11 mg/dl ou cálcio ionizado maior que 1,3 mmol/L. Tem como principais causas: malignidade, imobilização prolongada, hiperparatireoidismo, tireotoxicose, excesso de vitaminas A e D, doença granulomatosa e drogas como lítio, teofilina e tiazídicos.

2.1 FATORES DE RISCO

- Diuréticos tiazídicos
- Carbonato de lítio
- Depleção do volume
- Repouso prolongado no leito ou inatividade
- Uma dieta rica em cálcio (>1000 mg/dia)
- Suplementos de cálcio
- Suplementos de vitamina D superiores a 800 unidades internacionais/dia

2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes com dosagem sérica de Ca total maior que 11 mg/dL ou cálcio ionizado maior que 1,3 mmol/L

Pacientes que apresentem os seguintes sinais e sintomas:

- Hipertensão, arritmias, isquemia cardíaca;
- Diabetes insipidus;
- Urolitíase, nefrocalcinose;
- Náuseas, vômitos, anorexia, dor abdominal, pancreatite, constipação;
- Desidratação, fraqueza, hipotensão;
- Diminuição do nível de consciência, coma e convulsões.

2.3 DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

A. Solicitar para todos os pacientes a dosagem de cálcio e albumina sérica, conforme rotina da unidade e a critério médico.

B. Corrigir dosagem de cálcio total pela albumina (para cada redução da albumina sérica em 1 g/dL acima de 4 g/dL de albumina o cálcio aumenta em 0,8 mg/dL)

C. Pacientes com hipercalcemia assintomática ou levemente sintomática (cálcio total corrigido pela albumina <12 mg/dL) não requerem tratamento imediato. No entanto, eles devem ser aconselhados a evitar fatores que possam agravar a hipercalcemia

D. Hidratação com solução salina 0,9% na velocidade de 2 a 3 ml/kg/h. Após hidratação estimular diurese em com furosemida 10-40 mg EV, se o paciente tiver diurese residual

E. TRS em casos refratários

F. Tratar causa base

3. SIGLAS

- HD- Hemodiálise
- Ca- cálcio
- DRC- doença renal crônica
- TRS - terapia renal substitutiva

4. APLICAÇÃO

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

5. RESPONSABILIDADE

Equipe Médica, enfermagem e farmácia.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

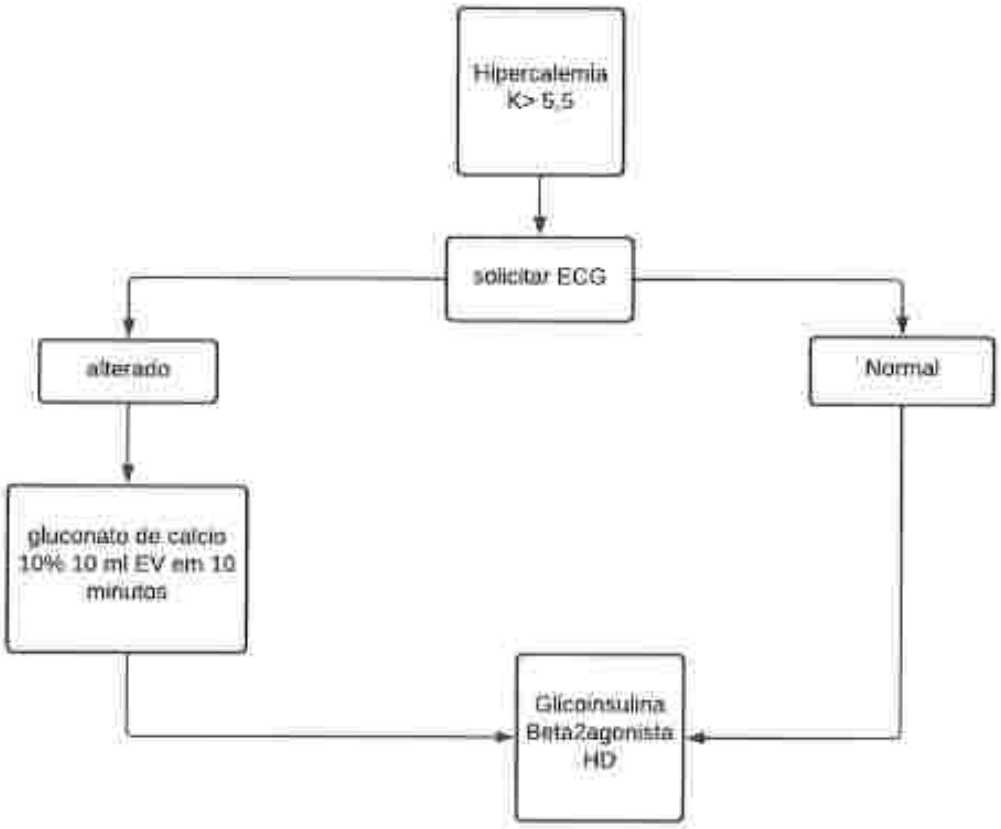
KNOBEL, E. Nefrologia e distúrbios do equilíbrio ácido-base. São Paulo, Brasil: Editora Atheneu; 2005.

HOMSI, E. Injúria renal aguda no paciente crítico. São Paulo, Brasil: Editora Atheneu; 2010.

MICHAEL R. CLARKSON, M. Rim: referência rápida. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2007.

https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-hypercalcemia?search=hipercalcemia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

7. FLUXO



23. PROTOCOLO DE CUIDADOS A HIPOCALEMIA EM PACIENTES RENAIS CRÔNICOS

1.OBJETIVO

Definir ações com toda a equipe assistencial para diminuição das intercorrências causadas pela hipocalcemia, capacitar a equipe para facilitar a assistência no dia a dia, reduzir complicações causadas pela hipercalcemia, demonstrar fatores de risco, definir intervenções para estabilização do paciente após o diagnóstico.

2. DEFINIÇÕES

A hipocalcemia se define por cálcio total menor que 8,5 mg/dl ou cálcio ionizado menor que 1 mmol/L. Para cada diminuição da albumina sérica em 1 g/dl abaixo de 4g/dl de albumina, o cálcio aumenta 0,8 mg/dl.

Causas principais: sepse, queimadura, doença hepática, má absorção, doença renal, uso de quelantes de cálcio, hipoparatireoidismo, pancreatite, hipermagnesemia, hemotransfusão maciça.

2.1. FATORES DE RISCO

- Doença renal crônica
- Síndromes de má absorção intestinal
- Hipoparatiroidismo
- Paratiroidectomia
- Grandes queimados
- Hipomagnesemia
- Ao ECG: arritmias ou prolongamento de QT e ST.
- Pacientes com os seguintes sinais ou sintomas:

fraqueza, espasmos musculares, hiperreflexia, laringoespasmos, convulsões, tetania, sinal de Trousseau ou Chvostek positivo.

2.2 TRATAMENTO

- Solicitar para todos os pacientes a dosagem do cálcio e albumina sérica conforme rotina da unidade e a critério médico.
- Pacientes assintomáticos: prescrever cálcio oral junto com as refeições com o intuito de quelar o fósforo (500mg VO de 6/6h)
- Avaliar necessidade de reposição de vitamina D ativada (paricalcitol EV ou calcitriol VO).
- Se paciente sintomático: prescrever gluconato de cálcio a 10% 10ml diluído em 10ml soro fisiológico 0,9% e aplicar EV em um tempo de 5 a 10 min.
- Avaliar reposição de magnésio

3. SIGLAS

HD: hemodiálise

DRC: doença renal crônica

Ca: cálcio

ECG: eletrocardiograma

EV: endovenoso

VO: via oral

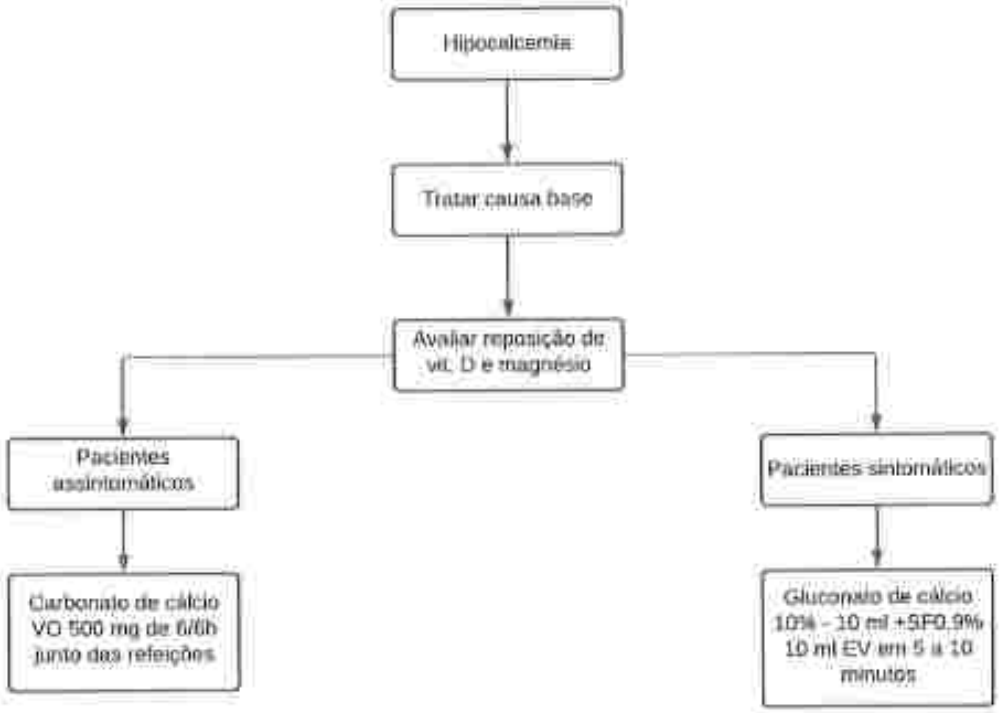
4. APLICAÇÃO

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

5. RESPONSABILIDADE

Equipe Médica e enfermagem.

7. FLUXO



24. PROTOCOLOS ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

ENDOSCOPIA

1. OBJETIVO

Normatizar as rotinas médicas e assistenciais relacionadas aos exames de endoscopia digestiva alta (EDA) realizados pelo serviço da endoscopia digestiva da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**.

2. DEFINIÇÕES

A endoscopia digestiva envolve a utilização de tubos flexíveis, com pontas manobráveis pelo executante, conhecidos como **endoscópios,** que permitem a visualização de imagens do tubo digestivo. O exame de endoscopia permite a detecção de múltiplas lesões, como por exemplo, úlceras, pólipos ou tumores e a detecção de locais de hemorragia interna. Com a utilização de endoscópios é ainda possível colher biópsias de tecidos, efetuar vários tratamentos e remover pólipos. O endoscópio é introduzido pela boca e permite a observação do esôfago, estômago e duodeno (primeira porção do intestino delgado). Este exame é realizado de forma eletiva e ambulatorial, com baixas taxas de complicações durante procedimento.

4. SIGLAS

EDA – Endoscopia Digestiva Alta;
H. PYLORI - Helicobacter pylori.

4. APLICAÇÃO

O protocolo é destinado a todos os colaboradores do setor de endoscopia digestiva da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**.

5. PÚBLICO-alvo

Aos usuários da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**.

6. ATRIBUIÇÕES

Atribuição da recepcionista:

- Entregar as orientações do preparo para a realização do exame para os pacientes internos;
- Recepcionar o paciente;
- Identificar a realização do preparo e uso das medicações de forma correta;
- Abrir o atendimento do paciente no sistema MV.

Atribuição do enfermeiro:

- Coordenar e organizar o setor de endoscopia digestiva e a equipe de enfermagem do setor;
- Preparar os pacientes para os exames de endoscopia;
- Realizar consultas de enfermagem, e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Registrar e controlar a entrega dos laudos, os pacientes atendidos diariamente, a entrega das amostras biológicas para o laboratório e as medicações psicotrópicas de alta vigilância, utilizadas no setor de endoscopia;
- Conferir diariamente o controle de temperatura ambiente e o carro de emergência;
- Supervisionar as desinfecções de alto nível realizados nos aparelhos de endoscopia;
- Elaborar, executar e avaliar dos planos assistenciais do setor de endoscopia digestiva, participar da elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência no setor de

endoscopia, organizar programas de treinamento e aprimoramento da equipe de endoscopia realizando educação continuada.

- Monitorar o paciente com o monitor multiparâmetro;
- Assistir o paciente pós-anestésico;
- Entregar o laudo do exame;
- Orientar o paciente após alta médica;
- Realizar a liberação do paciente posteriormente após avaliação dos SSVV.

Atribuição da equipe de enfermagem:

- Recepcionar o paciente;
- Encaminhar o paciente para a sala de preparo de paciente 01;
- Realizar a verificação dos sinais vitais;
- Realizar a coleta de dados durante o acolhimento;
- Orientar sobre o procedimento;
- Encaminhar o paciente para a sala de espera;
- Realizar a punção venosa no paciente;

Atribuição do técnico de enfermagem:

- Encaminhar e acompanhar o paciente para a sala do procedimento;
- Orientar o paciente sobre posição que se deve manter para a realização do procedimento;

- Auxiliar o médico durante o procedimento;
- Realizar desinfecção de alto nível dos aparelhos de endoscopia;
- Monitorar a eficácia dos saneantes utilizados na sala de lavagem;
- Armazenar os aparelhos de forma adequada.

Atribuição do maqueiro:

- Realizar o transporte dos pacientes após o exame de endoscopia, da sala de exame para o box de recuperação pós-anestésica;
- Realizar o transporte do paciente após liberação do setor, levando até o hall de entrada.

Atribuição do médico:

- Avaliar o quadro clínico do paciente;
- Apresentar e orientar ao paciente sobre o termo de consentimento;
- Executar o procedimento;
- Dar alta médica após avaliação de acordo com a escala de Aldrete e Kroulik;
- Realizar a confecção do laudo do exame e pedido de biópsias quando necessário.

Atribuição do médico anestesista:

- Consulta pré-anestésica;

- Apresentar e orientar ao paciente sobre o termo de consentimento;
- Avaliar o quadro clínico do paciente;
- Solicitar ECG e HEMOGRAMA COMPLETO quando necessário;
- Solicitar risco cirúrgico quando necessário;
- Realizar sedação/anestesia;
- Monitorar paciente durante o exame;
- Dar alta médica após avaliação de acordo com a escala de Aldrete e Kroulik;
- Realizar medicações de emergência.

7. INDICAÇÕES

Critérios para a indicação de endoscopia digestiva:

- Sinais de alerta: disfagia, odinofagia, rouquidão, emagrecimento, anemia, anorexia, hematêmese ou melena, vômitos recorrentes, massas palpáveis, dor abdominal intratável, linfoadenopatia, febre de origem obscura, icterícia, história familiar de câncer, principalmente parente em 1º grau portador de câncer gástrico.
- Sintomas persistentes após tratamento clínico estado geral do paciente (síndrome consumptiva).
- Acompanhamento evolutivo de diagnósticos anteriores (tumores submucosos) e seguimento de patologias com potencial de transformação maligna (metaplasia intestinal, displasia, lesões adenomatosas, gastrite atrófica, megaesôfago).
- Procedimentos terapêuticos específicos (polipectomia, dilatação, escleroses, mucosectomia, ablações, doença do refluxo gastroesofágico).
- Idade menor de 45 anos, que persiste sintomático após medidas de comportamento e teste terapêutico por 15 dias com inibidor de bomba (Omeprazol 40 mg/dia em jejum pela manhã). Sintomático: apresenta sintomas com frequência maior que 2 vezes por semana, por período maior de 30 dias.
- Idade maior que 45 anos, sem necessidade de tratamento prévio.

- Esofagites erosivas: Com classificação em exame endoscópico prévio: Graus A e B de Los Angeles: não necessitam de acompanhamento endoscópico. Repetir exame se apresentar sinais de alerta. Graus C e D: Controle após tratamento.

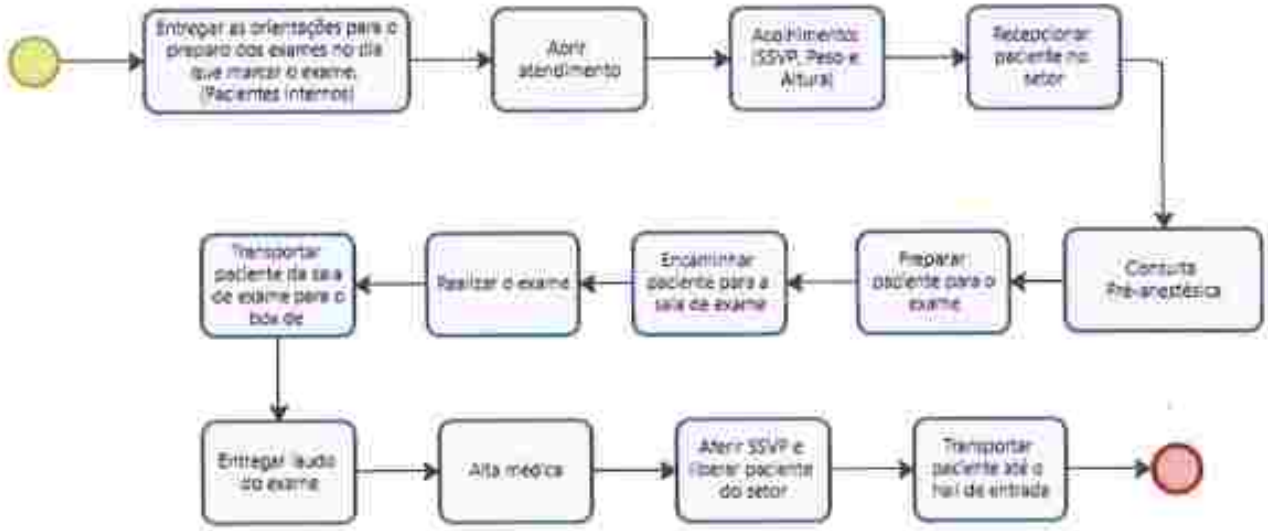
8. MATERIAIS

Equipamentos de informática, impressoras, formulários, papéis, envelopes, canetas, monitor multiparametro, glicosímetro, agulhas, seringas, lençóis descartáveis, cateter periférico, cateter nasal, equipo macrogotas, pinça descartável, avental descartável, touca, luva de procedimento não estéril, pote coletor para biópsia, carro de emergência, laringoscópios, ambus, desfibrilador.

9. AÇÕES CORRETIVAS

As ações corretivas estarão relacionadas à eventuais falhas durante a realização do procedimento e intercorrência. Desse modo, caso ocorra, a unidade promoverá treinamentos para que o profissional seja capacitado.

10. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



11. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Cesarettl, I. U. R.; Ono, M. T.; Viana, T. A.; Silva, M. A. A.; Rodrigues, A. L. Estudos preliminares do conhecimento do paciente a respeito de esôfago-gastroduodenoscopia como base para orientação de enfermagem. Acta Paul 1988;1(2):42-7.
Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN; 2017.
Ministério da Saúde (BR). Cartilha Humaniza SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: MS; 2004.

Resolução-RDC Nº 6, de 10 de março 2013.

POP.ENF.END.001/2023: Procedimento Operacional Padrão Exame De Endoscopia. Setor: Enfermagem / Endoscopia. **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**. Versão 1. 2023.

Capítulo II

Da Psicologia

1. APRESENTAÇÃO

A Rede Estadual de Policlínicas foi estabelecida pelo Decreto nº 9.922 (Goiás, 2021), que reorganizou os Serviços de Saúde no Estado e inseriu novas unidades, instituindo o "Complexo Estadual de Serviços de Saúde de Goiás", integrado por todas as unidades e serviços assistenciais da rede própria da Secretaria de Estado da Saúde.

As Policlínicas caracterizam-se como um conjunto de unidades ambulatoriais especializadas que têm por objetivo atender à demanda desse nível de atenção à saúde, de forma exclusivamente referenciada e regulada. A Rede deve funcionar como suporte e retaguarda aos demais níveis da atenção, sobretudo da Atenção Primária, executando procedimentos ambulatoriais e diagnósticos de média e alta complexidade.

A oferta de serviços nas Policlínicas Estaduais deverá ser organizada de acordo com as linhas de cuidado prioritárias estabelecidas, e o atendimento deverá contemplar um modelo de gestão eficiente e um modelo de atenção à saúde integral, humanizado e resolutivo, respeitando as necessidades de saúde da população.

2. DEFINIÇÕES

As Linhas de Cuidado, definidas a partir de estudos sobre a situação epidemiológica da região e características de sua população, constituem um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas, descrevendo o itinerário do usuário na RAS e norteando as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação a serem implementadas.

Para as Policlínicas Estaduais, serão adotadas quatro Linhas de Cuidado Prioritárias: Cardiometabólica (abrangendo Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HA) e Obesidade); pré-natal Natal de Alto Risco; e Bebê de Alto Risco.

Ademais, indicadores epidemiológicos e informações coletadas através de gestores e profissionais, apontam que são demandas com necessidades de serviços mais eficientes e qualificados, com melhor organização dos pontos de atenção e de qualificação dos pontos de atenção já disponibilizados, além de articulação célere entre os níveis de atenção.

Dessa forma, este documento orienta sobre as condutas internas das policlínicas para essas demandas, implementando um serviço com atenção focada no cuidado multiprofissional, atuando de maneira interdisciplinar, visando o cuidado biopsicossocial do sujeito.

3. OBJETIVO

Sistematizar as atividades desenvolvidas pelos multiprofissionais nas Policlínicas Estaduais de Goiás. Estabelecer as atribuições dos multiprofissionais, respeitando a formação profissional, as especificidades dos Serviços e as diretrizes do Ministério da Saúde. Definir o fluxo do atendimento ambulatorial nas Policlínicas, incluindo os critérios de acesso, encaminhamentos e compartilhamento do cuidado dos usuários.

4. SIGLAS

SUS- Sistema Único de Saúde;

HA- Hipertensão Arterial;

DM- Diabetes Mellitus;

RAS- Redes de Atenção à Saúde.

5. PÚBLICO-alvo

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

6. APLICAÇÃO

Equipe multidisciplinar: assistente social, enfermeiro, fonoaudiólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, médicos, nutricionista e psicólogo: **DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO**

Primeira consulta - Visita inicial do paciente encaminhado pelas UBS via SERVIR. Realiza-se anamnese com histórico do paciente, solicitação de exames e/ou relatórios médicos. Tempo médio de atendimento é de 40 minutos;
Interconsultas – Consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição;
Consulta de retorno – Consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes das consultas oferecidas à rede básica de saúde;
Sessões subsequentes - Terapias, atendimentos de curta e média duração, tais como sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, a partir do 2º atendimento, e devem ser registrados como procedimentos terapêuticos realizados (sessões) em especialidades não médicas. Tempo médio de atendimento: 30 minutos.
São estipuladas 10 (dez) sessões iniciais, sendo a décima sessão de reavaliação para cada paciente. No momento da reavaliação as sessões de terapia podem ser prorrogadas segundo parecer do profissional, ou compartilhar o cuidado para a APS do município de referência. Será excluído do atendimento o paciente que faltar a três sessões consecutivas sem justificativa plausível.
Sem restrições de idade

	Realizar acolhimento de pacientes encaminhados via regulação, respeitando os preceitos de humanização preconizados pelo Ministério da Saúde;	Técnico de enfermagem

	Realizar avaliação por meio de exame clínico e/ou pela observação de comportamentos. O exame clínico compreende, entre outras ações, a realização de provas, testes, exames específicos, análises e pesquisas minuciosas para estabelecer critérios de elegibilidade de ações. A história clínica do paciente/cliente é obtida por meio de entrevista, anamnese, questionários impressos e/ou informações de prontuários;	Equipe multidisciplinar
	Realizar diagnóstico levantando hipóteses de fatores correlatos às manifestações observadas, solicitando exames pertinentes ao caso;	Equipe multidisciplinar
	Definir a conduta e o prognóstico e indicar terapias, assim como realizar outros encaminhamentos necessários;	Equipe multidisciplinar
	Executar terapias de habilitação e reabilitação constituídas por ações que envolvem a seleção, indicação e aplicação de métodos, técnicas e procedimentos terapêuticos adequados e pertinentes às necessidades e características do paciente/cliente;	Equipe multidisciplinar
	Definir os parâmetros de alta e/ ou compartilhamento do cuidado aos pacientes/clientes submetidos às terapias propostas;	Equipe multidisciplinar
	Orientar e treinar pacientes, familiares e cuidadores quanto aos diversos aspectos da atuação nos problemas ativos e doença de base do paciente;	Equipe multidisciplinar
	Monitorar desempenho do paciente/cliente estimulando a adesão e acompanhando a efetividade do tratamento através de avaliações periódicas, assim como o seu grau de satisfação;	Gestora do cuidado/Equipe multidisciplinar
	Reavaliar e reformular condutas, métodos, técnicas, terapias e procedimentos, comparar resultados de avaliações e discutir prognóstico. Desenvolver programas de aperfeiçoamento e aprimoramento das funções cognitivas e dos aspectos miofuncionais. Aprimorar e aperfeiçoar a comunicação em público e orientar as possibilidades de melhora das condições ambientais;	Equipe multidisciplinar
0	Desenvolver ações de saúde coletiva tais como programas e campanhas de promoção, o que envolve a identificação de necessidades da população alvo, por levantamento da prevalência e incidência de qualquer tipo de ocorrência que necessite de intervenção;	Equipe multidisciplinar
11	Contribuir para a formação acadêmica respeitando a parceria com universidades, atuando como preceptores em projetos e/ou estágio curricular supervisionado.	Equipe multidisciplinar

	Coordenar, dirigir, controlar e monitorar os assuntos relativos à equipe assistencial;	Coordenador técnico/assistencial
	Garantir a utilização de diretrizes clínicas baseada em evidências e boas práticas em saúde;	Coordenador técnico/assistencial
	Promover e manter o desenvolvimento da equipe;	Coordenador técnico/assistencial
	Estimular e garantir a interdisciplinaridade da equipe;	Coordenador técnico/assistencial
	Gerenciar os recursos humanos, materiais, insumos, equipamentos, medicamentos, no âmbito da sua competência e garantir a sua utilização de forma eficiente.	Coordenador técnico/assistencial
	Consolidar as informações, avaliações e documentos do paciente, orientá-lo em relação aos encaminhamentos, atendimentos e condutas propostas pela equipe e comunicar, quando necessário, outros serviços pertinentes sobre o PTS e Condutas esperadas.	Gestor do Cuidado
	Auxiliar/apoiar a equipe de qualidade na supervisão e identificação de referências inadequadas ao perfil do serviço;	Gestor do Cuidado
	Reforçar junto a equipe a necessidade de contrarreferências de todos os pacientes atendidos.	Gestor do Cuidado
	Estabelecer junto à equipe estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;	Gestor do Cuidado
	Participar de reuniões de equipe para elaboração e discussão do PTS e avaliações multiprofissionais necessárias.	Gestor do Cuidado
	Realizar o gerenciamento do cuidado dos pacientes com apoio dos demais profissionais.	Gestor do Cuidado

1	Realizar avaliação global do paciente com outros profissionais da equipe;	Médico da Família
2	Direcionar o paciente aos profissionais e procedimentos (exames) pertinentes às demandas;	Médico da Família
3	Consolidar as avaliações, condutas e informações de todos os profissionais que acompanham o indivíduo para elaboração de um PTS;	Médico da Família
4	Estabelecer junto à equipe estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;	Médico da Família
5	Realizar reuniões de equipe para divulgação e discussão do PTS e levantar as necessidades de reavaliações multiprofissionais	Médico da Família
6	Orientar o paciente a levar o PTS para sua APS de referência para conhecimento e manutenção de condutas;	Médico da Família
7	Auxiliar/apoiar a equipe de qualidade na supervisão e identificação de referências inadequadas ao perfil do serviço;	Médico da Família
8	Reforçar junto a equipe a necessidade de contrarreferências de todos os pacientes atendidos;	Médico da Família
9	Orientar a equipe da APS sobre os casos encaminhados de forma inadequada (informando sobre a estratificação de risco).	Médico da Família
1	Realizar avaliação clínica;	Médico Especialista
2	Solicitar exames pertinentes;	Médico Especialista
3	Prescrever tratamento medicamentoso e não medicamentoso;	Médico Especialista
4	Estabelecer junto à equipe estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;	Médico Especialista
5	Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTS e avaliações multiprofissionais necessárias;	Médico Especialista
6	Elaboração e entrega ao paciente de contrarreferência ao serviço de origem.	Médico Especialista
	Realizar avaliação global do paciente com outros profissionais da equipe;	nfermeiro
2	Realizar consulta de enfermagem;	Enfermeiro

3	Orientar o autocuidado e monitorar o tratamento;	Enfermeiro
4	Realizar reuniões de equipe para divulgação e discussão do PTS e levantar as necessidades de reavaliações multiprofissionais;	Enfermeiro
5	Orientar o paciente a levar o PTS para sua APS de referência para conhecimento e manutenção de condutas.	Enfermeiro
[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	Realizar atendimento psicológico individual ou em grupo;	Psicólogo
2	Desenvolver capacitações junto a equipe para orientações sobre acolhimento e escuta qualificada;	Psicólogo
3	Estabelecer junto à equipe estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;	Psicólogo
4	Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTS e avaliações multiprofissionais necessárias;	Psicólogo
5	Elaboração e entrega ao paciente de contrarreferência ao serviço de origem.	Psicólogo
[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	Realizar atendimento nutricional individual ou em grupo;	Nutricionista
2	Desenvolver grupos de orientação sobre educação alimentar;	Nutricionista
3	Estabelecer junto à equipe estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;	Nutricionista
4	Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTS e avaliações multiprofissionais necessárias;	Nutricionista
5	Elaboração e entrega ao paciente de contrarreferência ao serviço de origem.	Nutricionista
[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Realizar atendimento fonoaudiológico individual para avaliação, atenção especializada e orientações;	Fonoaudiólogo
	Estabelecer junto à equipe estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;	Fonoaudiólogo
3	Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTS e avaliações multiprofissionais necessárias;	Fonoaudiólogo

4	Elaboração e entrega ao paciente de contrarreferência ao serviço de origem.	Fonoaudiólogo
1	Realizar atendimento fisioterapêutico individual ou grupal para atenção especializada e orientações;	Fisioterapeuta
2	Estabelecer junto à equipe estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;	Fisioterapeuta
3	Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTS e avaliações multiprofissionais necessárias;	Fisioterapeuta
4	Elaboração e entrega ao paciente de contrarreferência ao serviço de origem.	Fisioterapeuta
1	Realizar avaliação social dos pacientes encaminhados para cardiometabólica e gestantes;	Assistente Social
2	Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTS e avaliações multiprofissionais necessárias;	Assistente Social
3	Fazer articulação com serviços de assistência social e saúde do território de residência do paciente (informações sobre encaminhamentos, contrarreferências, buscas ativas);	Assistente Social
4	Orientar sobre direitos, programas sociais e outras políticas assistenciais;	Assistente Social
5	Estabelecer junto à equipe estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;	Assistente Social
6	Elaboração e entrega ao paciente de contrarreferência ao serviço de origem.	Assistente Social
1	Avaliar se há algum problema que dificulte a adesão ou o acesso do paciente ao tratamento, e trabalhar junto ao usuário e à equipe multiprofissional suporte para saná-lo;	Farmácia
2	Verificar se o paciente faz uso contínuo de outros medicamentos não contemplados no CEAF e avalie se existem possíveis interações medicamentosas entre os mesmos, para que seja realizado o ajuste do plano terapêutico;	Farmácia

3	Orientar sobre a importância da adesão ao tratamento para que sejam alcançadas as metas terapêuticas. Caso seja necessário, deverão ser propostos ajustes no modo de uso considerando os diversos aspectos da vida do paciente (rotina, trabalho, escolaridade etc.);	Farmácia
4	Explicar a posologia prescrita, a forma de administração do medicamento, e as condutas em caso de esquecimento e atraso de doses.	Farmácia
5	Orientar sobre as possíveis reações adversas esperadas com o uso da medicação;	Farmácia
6	Registrar os eventos adversos relacionados ao tratamento, caso ocorram;	Farmácia
7	Orientar sobre a possibilidade de mudanças na apresentação e/ou formato dos medicamentos ao longo do tratamento, nos casos de mudança de fabricantes;	Farmácia
8	Certifique-se de que o usuário compreendeu as instruções;	Farmácia
9	Referenciar para a equipe multiprofissional os casos que julgar pertinentes.	Farmácia
[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	Preparo de consulta	Técnico de Enfermagem
[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	Realizada por uma equipe multiprofissional, para avaliação ampliada e biopsicossocial;	Avaliação Global
2	Documento constando as condutas e propostas terapêuticas dos profissionais para o paciente, para acompanhamento contínuo e articulado entre as áreas. O mesmo deverá ser compartilhado com a equipe da APS de referência, por meio de instrumento próprio;	Projeto Terapêutico
3	Consolidar as informações, avaliações e documentos do paciente, orientá-lo em relação aos encaminhamentos, atendimentos e condutas propostas pela equipe, e comunicar, quando o indivíduo for encaminhado para outros serviços de saúde, sobre o plano de cuidado e condutas esperadas.	Gerenciamento do cuidado

9. INDICADORES

Indicador para avaliar adesão a avaliação global pelos usuários da unidade: Nº de oferta x Nº de atendimento.

Indicador destinado à avaliação e definição da linha de cuidado, que tem maior adesão a avaliação global na unidade. Dados serão coletados através da planilha de atendimento de avaliação global.

10. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

GOIÁS. Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS). Nota Técnica nº 10 de 29 de outubro de 2021. Define critérios de estratificação de risco gestacional para a organização da assistência à gestante na Atenção Primária à Saúde (APS) no Estado de Goiás.

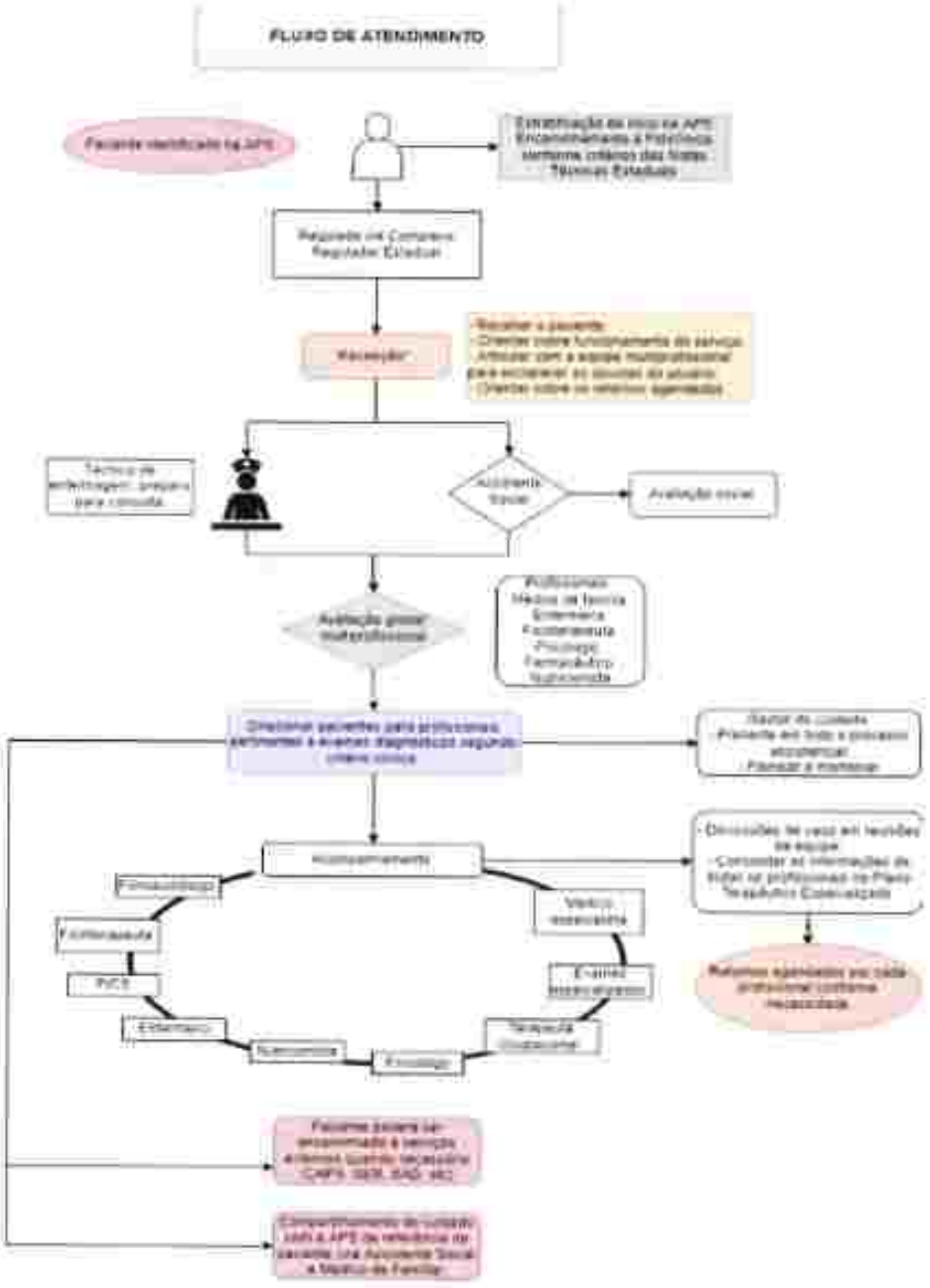
GOIÁS. Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS). Nota Técnica nº 11 de 25 de outubro de 2021. Define critérios na organização da assistência ao usuário com hipertensão arterial (HA) na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), no Estado de Goiás.

GOIÁS. Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS); Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA). Nota Técnica nº 12 de 27 de outubro de 2021. Define critérios na organização da assistência aos usuários com diabetes mellitus (DM) na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), no Estado de Goiás.

GOIÁS. Decreto nº 9.922, de 10 de agosto de 2021. Reorganiza o Complexo Estadual de Serviços de Saúde de Goiás, insere novas unidades e padroniza a nomenclatura dos respectivos equipamentos públicos. Diário Oficial do Estado de Goiás: Goiânia, ano 184, n. 23.612, p. 1-55, 11 ago. 2021.

11. ANEXOS

11.1. FLUXOGRAMA DO ACESSO POR MEIO DAS LINHAS DO CUIDADO


FLUXO DE ATENDIMENTO
Recepção
Avaliação social
Avaliação Médica
Avaliação Enfermeira
Avaliação Fisioterapeuta
Avaliação Psicologo
Avaliação Farmacêutico
Avaliação Nutricionista
Acompanhamento
Farmacêutico
Médico especialista
Fisioterapeuta
Exames laboratoriais
PICS
Enfermeiro
Nutricionista
Psicologo

11.2. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

11.2.1 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DIABETE MELLITUS

RISCO	CRITÉRIOS
MUITO ALTO	[illegible]
ALTO	Pessoa com DM diagnosticado Controle metabólico (HbA1c entre 7,5 e 9%) ou pressórico inadequados, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado) E/OU ERCV alto* (> 20%) Capacidade de autocuidado suficiente**
MÉDIO	Pessoa com pré-diabetes e autocuidado insuficiente** OU Pessoa com DM diagnosticado e controle inadequado (HbA1c > 7,5) e [illegible] adequados E/OU ERCV intermediário* (10 a 20%) Sem internações por* complicações agudas nos últimos 12 meses sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia)
BAIXO	[illegible]

11.2.2 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO HIPERTENSÃO ARTERIAL

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HA Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HA Estágio 2 PAS 160 -179 ou PAD 100-109	HA Estágio 3 PAS≥ 180 ou PAD≥110
Sem fator de risco	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

RISCO INTERMEDIÁRIO	
PRÉ-NATAL	PARTO
Unidade Básica de Saúde + necessidade identificada na APS, compartilhar o cuidado com Ambulatório de Atenção Especializada – AAE	Maternidade de Risco Habitual
FATORES	
Características individuais e condições socioeconômica e familiares Idade menor que 16 anos ou maior que 34 anos; Tabagismo ativo e passivo; Altura menor que 1,45 m; Uso de medicamentos teratogênicos; Uso de drogas lícitas (alcoolismo ou tabagismo ativo ou passivo) e ilícitas; Baixo peso (IMC <18,5) ou obesidade (IMC 30-39kg/m2) sem comorbidades associadas; Transtorno depressivo ou de ansiedade leve; Indícios ou ocorrência de violência. História reprodutiva anterior Alterações no crescimento intrauterino (CIUR e macrossomia); Malformação; Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos); Diabetes gestacional; Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade; cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal; Cesárias prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão clássica/corporal/longitudinal); Intervalo interpartal < 2 anos; Óbito fetal (natimorto) em gestação anterior; Aborto em gestação anterior. Intercorrências clínicas / obstétricas na gestação atual Infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite; ganho de peso inadequado; Sífilis diagnosticada durante a gestação (exceto sífilis terciária, resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita); Suspeita/confirmação de Dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril e/ou exantemático), toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus.	

ALTO RISCO	
PRÉ-NATAL	PARTO
Unidade Básica de Saúde + Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco (AAE)	Maternidade de Alto Risco
FATORES	
Características individuais e condições socioeconômicas: Dependência ou uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas; Agravos alimentares e nutricionais: obesidade - IMC ≥ 40 kg/m², desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses), transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa, dentre outros). História reprodutiva anterior Morte perinatal explicada ou inexplicada; Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos); História prévia de insuficiência cervical / incompetência istmo-cervical; Isoimunização Rh em gestação anterior; Acretismo placentário; Síndrome hemorrágica ou hipertensiva com desfecho desfavorável materno (síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou admissão em UTI durante a internação) e/ou perinatal; Prematuridade anterior; Infertilidade. Condições clínicas prévias à gestação Doença psiquiátrica grave: psicoses, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outras; Hipertensão arterial crônica; Doenças genéticas maternas; Antecedente de tromboembolismo (Trombose Venosa Profunda ou embolia pulmonar); Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação) ou infarto agudo do miocárdio; Pneumopatias graves (asma em uso de medicamentos continuos, DPOC, fibrose cística); Nefropatias graves (insuficiência renal, rins policísticos); Endocrinopatias (diabetes mellitus 1 e 2, hipotireoidismo com tratamento medicamentoso e hipertireoidismo); Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica	

idiopática, talassemia, coagulopatias); Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficit motores graves- paraplegia, tetraplegia e outras);
Doenças autoimunes (lúpus eritematosos, síndrome antifosfolipídeo, artrite reumatoide, esclerose múltipla, outras colagenoses); Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais com diâmetro > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos); Câncer de origem ginecológica ou invasores ou que estejam em tratamento ou que possam repercutir na gravidez;
Transplantes; Cirurgia bariátrica.

Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual

Gestação múltipla;
Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal;
Hipertensão gestacional grave ou pré-eclampsia;
Infecção urinária de repetição: ≥ 3 episódios de ITU baixa ou ≥ 2 episódios de pielonefrite;
Doenças infecciosas: sífilis terciária, resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado – verruga viral no canal vaginal ou colo uterino ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal;
Diagnóstico de HIV/AIDS;
Desvio quanto ao crescimento intrauterino: CIUR (mesmo suspeito, se ultrassom não disponível), macrossomia, suspeita de CIUR por altura uterina quando não houver ecografia disponível ou desvio quanto ao volume de líquido amniótico: oligodrâmnio ou polihidrâmnio;
Insuficiência istmo cervical (antes de 16ª semana de idade gestacional);
Anemia grave (hemoglobina < 8 g/dl) ou anemia refratária a tratamento (em caso de Hb < 6 g/dl); Hemorragias na gestação;
Acretismo placentário ou placenta prévia não sangrante; Colestase gestacional (prurido gestacional, icterícia persistente); Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal;
Isoimunização Rh (Coombs indireto com titulação acima de 1:16);
Qualquer patologia clínica que repercuta na gestação e/ou necessite de acompanhamento especializado; outras condições de saúde de maior complexidade.

Alto risco com situações especiais:

Gestação múltipla monicoriônica; Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal; diagnóstico de HIV/AIDS; Transplantes.

1. PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO A PACIENTES COM TENTATIVA DE AUTOEXTERMINIO

1. OBJETIVO

Capacitar os profissionais de saúde para identificar e atender pacientes em risco para suicídio e automutilação. Identificar de forma precoce, diagnosticar e tratar adequadamente os pacientes em sofrimento metal/transtorno psiquiátrico. Criar medidas para reduzir o risco de suicídio e índice de automutilação dos pacientes da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.**

2. DEFINIÇÕES

Suicídio é o ato da pessoa causar sua própria morte de forma intencional. É um ato complexo e multicausal, que possui como determinantes fatores sociais, econômicos, culturais, biológicos e a história de vida pessoal. Entende-se como suicídio o ato fatal. Apesar de muitas estratégias serem implementadas no Brasil e no mundo nos últimos anos (WHO 2013-2020), as taxas continuam constantemente alta, sendo um desafio a governos, as políticas públicas, a saúde pública e a sociedade como um todo. O suicídio contribui para a menor expectativa de vida das pessoas, principalmente as com transtornos mentais e causa um impacto social significativo, seja emocional ou financeiro.

Tentativa de suicídio é qualquer ato suicida não fatal. Quando o indivíduo se autoagride com intenção de morrer, pode ser impulsiva ou planejada. Além disso,

quando se tem tentativas recorrentes observa-se com frequência escalonamento da letalidade do ato, ou seja, a pessoa aumenta o grau de risco a cada tentativa (CRP-DF 2020).

Planejamento suicida tende a ser detalhado, com intencionalidade do ato, geralmente ricos em detalhes como data, local, mecanismo (BAGGIO, PALAZZO e AERTS 2009).

Ideação suicida é caracterizada pelos pensamentos sobre tirar a própria vida, ou sobre estar morto como uma saída para resolução de problemas e/ou conflitos. Costuma ser o fator que abre as portas para o suicídio, e quando muito elaborada e cheia de detalhes, e frequente, maior o risco do ato em si (CRP-DF 2020).

Automutilação apesar de não haver consenso sobre sua definição, descreve comportamentos que envolvam agressão intencional ao próprio corpo sem intenção de morte, é muito comum em adolescentes, mas podem ocorrer em qualquer fase de desenvolvimento (GIUSTI, 2013).

É fundamental que todos os serviços de saúde e seus profissionais, não só psiquiatra e psicólogo, abordem o tema e saibam como conduzir os casos, a fim de reduzir as taxas e complicações. A qualidade do serviço de saúde mental pode reduzir as taxas de suicídio em populações clínicas por isso há uma grande importância na elaboração e implementação deste protocolo. Tentativa de suicídio é de notificação compulsória em até 24 horas após o fato, pode ser preenchida por qualquer profissional de saúde (PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014), mas certamente é algo que não faz parte da rotina desses profissionais. Além da notificação, a equipe deve iniciar os cuidados e assegurar um acompanhamento de emergência (CAPS) ou em outros serviços da Rede de Saúde, a depender de cada caso.

3.COMPORTAMENTO SUICIDA EM GESTANTE E PUÉRPERAS

De acordo com estudo realizado por Fonseca-Machado et al. (2005) o suicídio e lesões autoinflingidas estão entre as principais causas de morte em mulheres no ciclo grávido-puerperal. Ainda é raro um rastreamento efetivo de risco nessa fase, no entanto, é importante atentar-se pois a ideação suicida acrescenta riscos adicionais à gestação. A

compreensão de fatores modificáveis pode auxiliar à criação de rede de apoio efetiva desse público, minimizando o potencial risco e consequência do comportamento suicida nessa fase da vida.

5.CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Atualmente, na maioria dos países esse público é o que possui maior risco para suicídio, sendo a segunda causa de morte em jovens no mundo. Sinais de alerta devem ser observados como interesse constante da criança/adolescente em assuntos como morte, além de fatores como desesperança, mudanças bruscas, afastamentos familiares e de amigos, e perda de interesse em atividades que eram apreciadas são sinais de alerta (CRP-DF 2020).

Em caso de recusa de tratamento dos responsáveis legal da criança e do adolescente é necessário fazer o acionamento do Conselho Tutelar, considerando que qualquer omissão dos responsáveis que coloque a criança /adolescente em risco, de acordo com o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) passa a ser dever da sociedade assegurar o cuidado deste (Comitê Estadual de Promoção da Vida, 2019).

6. FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

FATORES NÃO MODIFICÁVEIS

Um dos principais fatores de risco estão no grupo dos não modificáveis: são eles a tentativa prévia de suicídio e a presença de transtorno psiquiátrico. Esta realidade aumenta em cinco a seis vezes as chances de tentar suicídio novamente. Estima-se que 50% daqueles que suicidaram já haviam tentado previamente.

Outros aspectos também são considerados fatores não modificáveis:

- Idade: jovens entre 15 e 30 anos e idosos;

- gênero: homens suicidam três vezes mais que mulheres, mas elas tentam três vezes mais do que eles. Também há a presença de conflitos em torno da identidade sexual;
- Doenças clínicas crônicas debilitantes;
- Populações especiais: imigrantes, indígenas, alguns grupos étnicos;
- Perdas recentes.
- História familiar e genética: risco de suicídio aumenta entre aqueles com história familiar de suicídio ou de tentativa de suicídio;
- Componentes genéticos e ambientais envolvidos: risco de suicídio aumenta entre aqueles que foram casados com alguém que se suicidou.
- Eventos adversos na infância e na adolescência: maus tratos, abuso físico e sexual, pais divorciados, transtorno psiquiátrico familiar etc.;
- Entre adolescentes, o suicídio de figuras proeminentes ou de indivíduo que o adolescente conheça pessoalmente.

FATORES MODIFICÁVEIS

Dentre os fatores que podem ser mudados e, com isso, ajudar a prevenir o suicídio, está a presença de transtorno psiquiátrico. Pesquisas apontam que 96,8% das pessoas que morreram por suicídio possuíam histórico de doença mental diagnosticada ou não, frequentemente não tratada ou tratada inadequadamente. Os mais comuns incluem depressão, transtorno bipolar, abuso/dependência de substâncias, transtornos de personalidade e esquizofrenia.

Entre os demais fatores que, se modificados, podem evitar o suicídio, estão:

- Conflitos familiares, incerteza quanto à orientação sexual e falta de apoio social;

- Sentimentos de desesperança, desespero, desamparo e impulsividade:

- Impulsividade, principalmente entre jovens e adolescentes, figura como importante fator de risco. A combinação de impulsividade, desesperança e abuso de substâncias pode ser particularmente letal;

- Viver sozinho: divorciados, viúvos ou que nunca se casaram; não ter filhos.

- Desempregados com problemas financeiros ou trabalhadores não qualificados: maior risco nos três primeiros meses da mudança de situação financeira ou de desemprego;

- Aposentados;

- Moradores de rua;

- Indivíduos com fácil acesso a meios letais

7. MATERIAIS

Equipamentos de informática, impressoras, formulários, papéis.

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

8.1 ATRIBUIÇÃO DA GESTÃO DA UNIDADE:

- Organizar eventos e treinamentos para os profissionais de saúde sobre prevenção do suicídio;

- Disponibilizar, pelo menos, um psicólogo, assistente social e enfermeiro no ambulatório para que esses façam a triagem e encaminhamentos devidos dos pacientes que apresente comportamento suicida durante consulta médica ambulatorial;

- Manter os dados cadastrais dos pacientes atualizados com, pelo menos, um contato de familiar ou amigo que possa ser utilizado em caso de emergência ou risco elevado de suicídio;

8.2 ATRIBUIÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

- Ouvir com cautela e compreender o paciente, seu sofrimento e suas angústias;
- Ficar atento as frases de alerta e investigar ativamente pensamentos de morte ou comportamento suicida nos pacientes internados;
- Observar todo o ambiente em que o paciente está em observação, identificar meios que o mesmo possa utilizar para cometer o suicídio e pedir a equipe que esses meios sejam excluídos (cordas, fios, medicamentos, veneno, substâncias químicas, etc.);
- Participar dos treinamentos oferecidos pela instituição em relação a prevenção do suicídio;
- Aplicar avaliação global do risco de suicídio do sistema MVPEP para rastreio de pacientes potencialmente críticos (Anexo 1);
- Encaminhar os pacientes de acordo com sua complexidade identificada.

8.3 ATRIBUIÇÕES DA ASSISTÊNCIA SOCIAL:

- Ouvir e acolher todos os pacientes em sofrimento mental, que estejam em atendimento ambulatorial;
- Ficar atento as frases de alerta e investigar ativamente pensamentos de morte ou comportamento suicida nos pacientes internados, identificando os fatores sociais implicados no adoecimento;
- Identificar e convocar suporte familiar/social de todos os pacientes em risco de suicídio em atendimento ambulatorial nesta unidade;
- Conhecer e identificar os pontos de atenção da RAPS e oferecer suporte a equipe, orientando o paciente para os serviços de referência, sempre que necessário.

8.4 ATRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA:

- Ouvir e acolher todos os pacientes em sofrimento mental, que estejam em atendimento ambulatorial;
- Ficar atento as frases de alerta e investigar ativamente pensamentos de morte ou comportamento suicida nos pacientes atendidos ambulatorialmente na unidade;
- Estratificar o risco de suicídio do paciente e saber como proceder em cada caso;
- Orientar a equipe interdisciplinar (médicos, equipe de enfermagem) como proceder diante de um potencial risco de suicídio;
- Realizar escuta qualificada da família ou meio social em que o paciente vive;
- Realizar atividades educativas sempre que necessário.
- Realizar avaliação de Risco de Autoextermínio que consta em prontuário eletrônico MVPEP (Anexo 2).

8.5 ATRIBUIÇÃO DO MÉDICO ESPECIALISTA:

- Ouvir com cautela e compreender o paciente, seu sofrimento e suas angústias. Tentar compreender o processo de adoecimento físico e mental;
- Ficar atento as frases de alerta para direcionar paciente para equipe especializada sempre que necessário.

8.6 ATRIBUIÇÃO DO MÉDICO PSIQUIATRA:

- Ouvir com cautela e compreender o paciente, seu sofrimento e suas angústias. Tentar compreender o processo de adoecimento físico e mental;
- Investigar ativamente pensamentos de morte ou comportamento suicida nos pacientes;
- Identificar fatores de risco e fatores de proteção do suicídio, estratificando o risco do paciente;
- Participar dos treinamentos oferecidos pela instituição em relação a prevenção do suicídio;
- Identificar, avaliar, manejar e encaminhar (se necessário para a atenção terciária) os pacientes em risco de suicídio;
- Preencher a ficha de notificação de agravo de Autolesão provocada (tentativa de suicídio) para aqueles pacientes que tentaram suicídio;

A avaliação clínica do paciente é muito importante para o planejamento de cada caso. Ouvir, criar um vínculo e tentar entender o paciente é fundamental em qualquer entrevista clínica. Deve-se iniciar sempre fazendo perguntas mais abrangentes, estimulando que o paciente fale livremente sobre suas angústias e preocupações. A maioria das pessoas comunica seus pensamentos suicidas por meio de sentimento de culpa, menos-valia, ruína moral e desesperança e não falando diretamente sobre o tema. Depois de criado um vínculo inicial, pode evoluir para perguntas mais voltadas ao comportamento suicida, sempre em uma gradação, evitando perguntas muito diretas que levará o paciente a se esquivar do assunto. À medida que as perguntas vão progredindo na intencionalidade suicida, maior o risco do paciente em cometer algo contra si.

Perguntas a serem realizadas no rastreio pela enfermagem já estão pré-estabelecidas, e o formulário consta em anexo. Ao final, o próprio sistema classifica o risco do paciente, considerando as respostas ofertadas.

Nº	ETAPAS DO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM RISCO DE SUÍCIDIO E/OU AUTOMUTILAÇÃO	Agente Executor
1	Ao identificar paciente choroso, triste, ou com alguma demanda emocional, direcionar o paciente para atendimento com a enfermagem, para iniciar abertura do protocolo de suicídio.	Colaboradores da Policlínica
2	Realizar acolhimento inicial, com escuta qualificada e avaliação global de risco de suicídio no sistema MV, para classificar o risco do paciente no momento.	Enfermagem
3	Após avaliação, se paciente com **baixo risco,** encaminhar para psicóloga para que seja realizado atendimento de acolhimento.	Enfermagem
4	Receber paciente avaliado com baixo risco para suicídio e realizar atendimento breve e focal apenas para sanar demanda do momento. O paciente classificado como baixo risco não terá retornos com a equipe de psicologia.	Psicóloga
5	Após avaliação, se paciente com **médio risco,** encaminhar para psicóloga para que seja realizado atendimento de acolhimento.	Enfermagem
6	Receber paciente avaliado com médio risco para suicídio e realizar atendimento breve e focal apenas para sanar demanda do momento. O paciente classificado como médio risco terá retornos com a psicologia ambulatorial (sinalizar para a recepção sobre os retornos).	Psicóloga
7	Encaminhar o paciente para atendimento com o serviço social.	Psicóloga do Ambulatório
8	Atender o paciente, e acionar a rede de apoio do paciente, prestando orientações para com relação ao risco apresentado.	Assistente Social
9	Agendar os retornos com a psicologia ambulatorial conforme disponibilidade da agenda para a vaga mais próxima	Recepção multiprofissional
10	Manter o acompanhamento do paciente no ambulatório, conforme necessidade do mesmo	Psicóloga do Ambulatório
11	Após avaliação, se paciente com **alto risco,** encaminhar para psicóloga para que seja realizado atendimento de acolhimento.	Enfermagem

12	Receber paciente avaliado com alto risco para suicídio e realizar atendimento breve e focal apenas para sanar demanda do momento. O paciente classificado como alto risco terá retornos com a psicologia do eMAESM (sinalizar para a recepção sobre os retornos).	Psicóloga
13	Encaminhar paciente para atendimento médico para avaliar necessidade de remoção com o SAMU	Enfermagem
14	Encaminhar paciente para avaliação na assistência terciária se risco iminente de autolesão.	Médico
15	Encaminhar paciente para atendimento com o serviço social do eMAESM e com o médico psiquiatra.	Psicóloga
16	Agendar os retornos com a psicologia do eMAESM, serviço social do eMAESM e psiquiatra conforme disponibilidade da agenda para a vaga mais próxima.	Recepção
17	Manter o acompanhamento do paciente no eMAESM, conforme necessidade do mesmo.	Psicóloga, Assistente Social e Médico Psiquiatra do eMAESM

7.7 CLASSIFICAÇÃO DOS RISCOS:

7.7.1 BAIXO RISCO

- Pensamentos suicidas ocasionais;
- Ausência de planos suicidas;
- Ausência de critérios de alta intencionalidade suicida;
- Suporte familiar ou social adequado

7.7.2 MÉDIO RISCO:

- Pensamentos e planos suicidas, mas sem pretensão de concretizar;
- Não houve tentativa de suicídio prévia;

· Não há convicção de que quer realmente fazer algo a si e sim aliviar seu sofrimento;
· Bom suporte social

7.7.3 ALTO RISCO:

· Planos ou tentativas de suicídio recente;
· Alta intencionalidade suicida;
· Baixo suporte social

7.7.4 CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA PARA AVALIAÇÃO NA REDE DE APOIO TERCIÁRIA:

- Alta intencionalidade;
· Risco elevado de suicídio;
· Após tentativa violenta;
· Paciente psicótico ou muito agitado;
· Paciente com transtorno psiquiátrico grave;
· Risco de agressão contra si, outro paciente ou profissional da equipe;
· Contrato de vida negativo (Rigidez do plano suicida mesmo com suporte oferecido);
· BAIXO SUPORTE SOCIAL.

7.8 TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

7.8.1 BAIXO RISCO:

- Identificar possíveis fragilidades do paciente;
- Realizar acolhimento e escuta qualificada;
- Orientar rede de apoio do paciente com medidas de prevenção de suicídio;
- Distribuir o material informativo de medidas de prevenção de suicídio ao paciente e aos familiares ou responsáveis;
- Orientar se mudança do estado, e alta intencionalidade suicida e agressividade ligar para SAMU ou levar o paciente à emergência.

7.8.2 MÉDIO RISCO:

- TODOS OS CUIDADOS DO PACIENTE DE BAIXO RISCO, ASSOCIADO A:
- Realização de contrato terapêutico de não suicídio (contrato de vida);
- Necessidade de familiar ou amigo próximo para acompanhar o paciente e ficar alerta aos comportamentos dele; acionar a rede de apoio como parte do tratamento do paciente;
- Encaminhar o paciente a serviços especializados (psiquiatria) se as medidas acima não forem suficientes;

7.8.3 ALTO RISCO:

- TODOS OS CUIDADOS DO PACIENTE DE MÉDIO RISCO, ASSOCIADOS A:
- Nunca deixar a pessoa sozinha, tendo sempre um acompanhante ou profissional de saúde próximo dela;
- Encaminhar o paciente a serviço de pronto atendimento em casos de risco iminente à vida,
- Prestar atenção a todos os pertences do paciente, dentro da sua privacidade, para ver a existência de qualquer meio potencialmente letal.

ORIENTAÇÕES À FAMÍLIA OU AMIGO DE UM PACIENTE DE RISCO:

- Remover todos os objetivos perfurantes e perfurocortantes (facas, punhal, agulhas, giletes etc.) do alcance do paciente, preferencialmente deixar em local trancado e com chave, ficando a chave em posse do familiar;

- Manter todas as medicações em local trancado com chave, ficando estas na posse do responsável pelo paciente, isso inclui medicamentos como um todo (dipirona, paracetamol, anti-hipertensivos, psicotrópicos etc.);

- Retirar toda e qualquer substância que possa ser ingerida e causar mal ao paciente como produtos de limpeza, venenos, ácidos ou bases fortes, agrotóxicos etc.

- Colocar redes de proteção, tela ou grade em todas as janelas, em caso de morar em apartamento;

- Retirar do alcance do paciente ou se desfazer de cordas, cordões, cintos, fios que possam ser utilizados pelo paciente para se enforcar;

- Manter vigilância 24 horas por dia, não deixando o paciente desacompanhado;

- Retirar chaves de portas no intuito de evitar que o mesmo se tranque e cometa algo contra si dificultando o socorro;

- Orientar se alta intencionalidade suicida e agressividade ligar para SAMU 192, levar ao CAPS ou a uma unidade de pronto atendimento.

8. AÇÕES CORRETIVAS

As ações corretivas estarão relacionadas à eventuais falhas na identificação de pacientes com risco de autoextermínio. Desse modo, caso ocorra, a unidade promoverá treinamentos para que o profissional seja capacitado.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

COMITÊ ESTADUAL DE PROMOÇÃO DA VIDA E PREVENÇÃO DO SUÍCIDIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL / COMISSÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Guia Intersetorial de Prevenção do Comportamento Suicida em Crianças e Adolescentes. Rio Grande do Sul; 2019.

CRP-DF (BRASIL). Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal. Orientações para a atuação profissional frente as situações de suicídio e automutilação. Brasília; 2020.

FONSECA-MACHADO, M. O et al. Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo. Rev. Panam. Salud Publica., v.37, n.4/5, 2015. In: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a11.pdf REIS, L. T et al. Rastreamento de sintomas psiquiátricos não psicóticos entre gestantes de um município do estado de Mato Grosso. J. Nurs. Health., v.5, n.2, p. 141-152, 2015.

10. ANEXOS

Avaliação Global do Risco de Suicídio pela Enfermagem (NGASR)

O paciente:	Resposta:	Pontuação:
1. Possui sentimentos de desesperança?	Nao	0
2. Vivenciou eventos estressantes recentemente?	Nao	0
3. Apresenta alucinações persecutórias?	Nao	0
4. Apresenta depressão?	Sim	3
5. Tem diminuição das interações sociais?	Nao	0
6. Apresenta verbalização de intenção suicida?	Nao	0
7. Possui evidência de um plano específico para retirar a própria vida?	Nao	0
8. Apresenta histórico familiar de doença mental ou suicídio?	Nao	0
9. Está vivendo um luto recente ou rompimento de relacionamento?	Nao	0
10. Possui história de psicose?	Nao	0
11. É viúva ou viúvo?	Nao	0
12. Já apresentou alguma tentativa de suicídio anterior?	Nao	0
13. Possui história de privação socioeconômica?	Nao	0
	Pontuação Total:	3
	Classificação de risco:	0-5 Baixo Risco

Anexo 1. Protocolo de Risco de Suicídio extraído do sistema SOULMV, a ser preenchido pela equipe de enfermagem.

INSTRUMENTO DE NOTIFICAÇÃO INTERNA DE RISCO DE AUTOEXTERMÍNIO

FATORES QUE SUGEREM RISCO DE AUTOEXTERMÍNIO IDENTIFICADOS

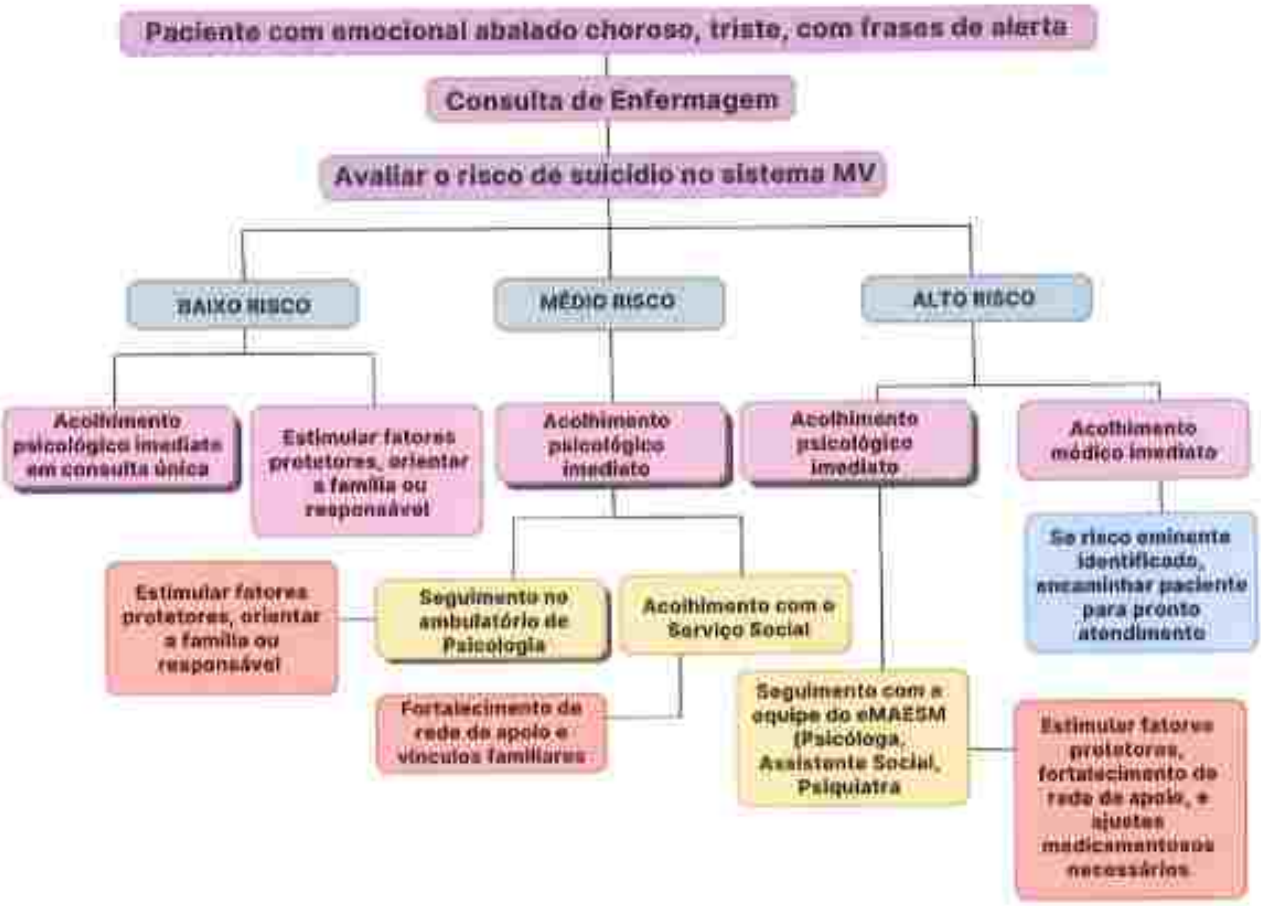
- ☐ Internação por tentativa de autoextermínio.
- ☐ História de tentativa de autoextermínio prévia (mesmo que tenha ocorrido a muito tempo e não haja relação com o motivo da hospitalização).
- ☐ Paciente verbaliza desejo em se matar.
- ☐ Paciente verbaliza desejo em morrer, mesmo que de forma passiva. "não me mataria mas gostaria que Deus me levasse logo", "não aguento mais lidar com essa doença ou esse tratamento".
- ☐ Paciente apresenta discurso neurótico, que não apresente desejo de morte, mas que indique desistência da vida, ou desejo de não existir. "vontade de sumir", "vontade de sair andando sem rumo", "vontade de dormir para sempre, ou até os problemas acabarem", "ando pensando besteira".
- ☐ Paciente apresenta discurso que manifesta ausência de sentido da vida, ou ausência de saída para os problemas.
- ☐ Presença ou história de tratamento psiquiátrico e/ou diagnóstico de transtorno mental.
- ☐ Presença ou história de abuso de substâncias psicoativas.
- ☐ Diagnóstico recente com prognóstico ruim, incapacitante e/ou de tratamento difícil e prolongado.
- ☐ Paciente demonstra dificuldade importante em enfrentar diagnóstico, tratamento e/ou prognóstico.
- ☐ Presença de luto com perdas recentes importantes e dificuldade de enfrentamento e elaboração do paciente.
- ☐ Dor crônica importante de difícil manejo com dificuldade de enfrentamento do paciente.

Deseja abrir Protocolo de Risco de Autoextermínio?

- ○ Sim
- ○ Não

Data de Abertura: 17/10/2022

Anexo 2. Protocolo de Autoextermínio extraído do sistema SOULMV, a ser preenchido pela equipe de psicologia.



Anexo 3. Fluxograma de atendimento ao paciente no protocolo de risco de suicídio

2. PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Estudos mostram que 70 % dos erros em saúde ocorrem pela falta de comunicação efetiva, sejam equipes, diferentes unidades de saúde ou com os pacientes. Estas falhas incluem a falta de comunicação, informações errôneas ou incompletas e até a falta de entendimento do que se quer comunicar, sendo reconhecidas como contribuintes para a ocorrência de eventos adversos, inclusive óbitos.

Melhorar a comunicação entre profissionais constitui uma das metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, sendo um elemento essencial para a qualificação do cuidado. Nesse sentido, a comunicação oportuna, precisa, completa, clara e compreendida por quem a recebe, reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria da segurança do paciente, como elemento essencial para a qualificação do cuidado deve ser adotada por todos os profissionais da equipe de saúde. Permitindo que paciente/família/representante legal tomem decisões relacionadas ao seu cuidado de saúde, de forma voluntária e informada, evitando ocorrências de erros, com foco na segurança e satisfação do usuário.

Este protocolo sinaliza as etapas críticas para a comunicação efetiva, as quais podem ser eletrônicas, verbais ou escritas, facilitando a identificação, pelos profissionais de saúde, dos momentos e ferramentas de comunicação, que deve ser adotada para minimizar a ocorrência de eventos adversos relacionados à falha de comunicação, contribuindo para a melhoria da assistência aos pacientes, apoio aos familiares ao aprimoramento do clima organizacional.

2. COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE

A comunicação em ambientes de saúde pode ser considerada de dois tipos: entre profissionais de saúde, que podem envolver categorias e setores diferentes, e entre profissional e paciente, neste caso, podendo envolver também família ou representante legal. Foram definidas algumas etapas do cuidado ao paciente como críticas para o processo da comunicação equipe/paciente/família, as etapas seguem descritas no quadro abaixo:

O QUE COMUNICAR?	COMO COMUNICAR?	QUEM DEVE COMUNICAR?	QUAIS FERRAMENTAS UTILIZAR?
Admissão do paciente	As informações sobre normas institucionais e referentes ao cuidado prestado devem ser repassadas de forma clara e objetiva. Na admissão, são coletadas todas as informações pertinentes do paciente quanto à patologia atual, história patológica pregressa, comorbidades, medicações em uso, alergias e demais aspectos da anamnese. Os pacientes, seus familiares e ou representantes legais devem ser esclarecidos sobre a sua condição atual, os possíveis diagnósticos e qual o segmento a ser dado para o caso.	Profissionais Médicos Equipe Multidisciplinar. NIA	Prontuário no sistema MV.
Nota 1 - Os representantes legais devem ser acionados em casos de pacientes que não se encontram em condições de expressar sua vontade ou menores de 18 anos. O registro da comunicação ao representante legal também se faz necessário, principalmente quando houver tomada de decisão conjunta como profissional médico. Nota 2 - No ponto de coleta laboratorial, os pacientes são atendidos na recepção, onde o registro no sistema deve ser realizado. Neste momento devem ser coletadas todas as informações do paciente, como: preparo, indicação clínica, história pregressa, comorbidades, realização recente de exames com uso de contraste e medicações de uso.			

Definição de diagnóstico/ prognóstico	A definição deve ocorrer com base nas provas clínicas, laboratoriais e de imagem que o médico disponha até o momento. Explicar o diagnóstico e/ou prognóstico de forma clara e verificar se o paciente entendeu, familiares e ou representantes legais.	Médico	-Comunicação verbal. - Resultado De Exames. -Registro em Prontuário.
Necessidade de consentimento para procedimentos de exames.	Orientar quanto ao conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma clara, completa e objetiva. Destacar que o paciente pode cancelar essa autorização em qualquer tempo. Pedir ao receptor para repetir a informação repassada certificando-se que compreendeu. Solicitar a assinatura do paciente/responsável legal. Se o paciente/responsável legal tiver dúvidas, solicitar outros esclarecimentos ou sentir-se inseguro, deverá ser atendido com presteza, respeito e sem qualquer tipo de influência, constrangimento, coação ou ameaça, a fim de preservar sua autonomia e dignidade.	Médico	Anexar o termo em prontuário no sistema MV.
Nota 1 - O Consentimento Informado Livre e Esclarecido do paciente é parte do ato médico e deve anteceder todo e qualquer procedimento diagnóstico e/ou terapêutico com potencial para causar dano ou agravo saúde dele ou apresentar efeitos indesejáveis durante sua execução ou após sua finalização.			
Acompanhamento do Plano Terapêutico	Deve ser elaborado pelo médico e equipe multiprofissional, logo após a admissão do paciente e reavaliado sempre que necessário, para revisão das metas traçadas, bem como definição de novas diretrizes e planejamento de alta compartilhada. As metas terapêuticas e de alta compartilhada devem ser traçadas pelo médico especialista,	Equipe Multiprofissional	-Formulário Específico. - Registro em Prontuário. -Contato Telefônico.

	médico da família e equipe multidisciplinar e serão discutidas em grupo. E a coordenação do cuidado de responsabilidade da gestora do cuidado e médico da família.		
Necessidade de transferência interna/externa	A necessidade de transferência interna ou externa do paciente faz parte de todos os processos assistenciais de unidade de saúde e, dessa forma, deve ser registrada em prontuário e comunicada ao paciente e/ou familiares/representante legal. Assim, caso o médico identifique critérios para tal, os quais devem fazer parte do perfil de cada unidade, ele fará a solicitação de transferência via sistema SERVIR e seguirá o fluxo estabelecido. É recomendado que no momento da decisão, a comunicação ao paciente /familiares / representante legal seja efetivada e o registro em prontuário no sistema MV.	Médico	- Relatório de transferência interna/externa realizado no sistema SERVIR; - Registro em Prontuário sistema MV; -Contato Telefônico.
Compartilhamento do cuidado "alta"	Para uma alta compartilhada adequada é necessário que cada profissional siga os critérios definidos nas notas técnicas e protocolos das linhas de cuidado, e que os mesmos estejam presentes em evolução e relatório de alta, justificando o compartilhamento do cuidado do paciente com a APS. Ainda, durante o planejamento da alta, o paciente ou responsável deve receber todas as informações pertinentes à continuidade do cuidado externo, por parte da equipe multiprofissional. Deverá ter descrito em prontuário o seu plano de alta e deverá ser entregue uma	Equipe Multiprofissional	- Plano de alta realizado no sistema MV. - Registro em Prontuário - Ficha de compartilhamento de cuidado.

	cópia para o paciente e materiais instrucionais de apoio para o paciente.		
Comunicação de óbito	Após constatado o óbito e toda assistência prestada, cabe ao médico comunicar à família e acionar a gestora do cuidado, assistente social e psicólogo para se colocarem à disposição da família no que for possível. Se o acompanhante ou familiar estiver presente a comunicação acontecerá pessoalmente. Caso o paciente esteja sem acompanhante, o enfermeiro deve comunicar o ocorrido à Assistente Social, que solicitará à presença da família na Policlínica, para então receber a notícia do óbito pelo médico.	Médico	- Declaração de Óbito; -Comunicação Verbal. - Registro em Prontuário. - Contato Telefônico.
Nota 1 - Todas as informações repassadas à família, incluindo o horário e a pessoa a quem óbito foi comunicado devem estar registradas na evolução médica.			
Comunicação do paciente com barreiras linguísticas, sensoriais e de locomoção	O cuidado humanizado, integral e centrado nas necessidades das pessoas, perpassa pela necessidade de se transpor as barreiras linguísticas, sensoriais, motoras e culturais Todo paciente com alguma necessidade especial, deverá ser identificado pela equipe, a qualquer momento, seja no momento da entrada na instituição, pelo recepcionista, ou pela equipe assistencial. No momento do cadastro do paciente pela recepção, o recepcionista deverá identificar se o paciente /acompanhante tem alguma necessidade especial. Devendo ser registrado no cadastro e comunicado para o enfermeiro do setor destino essa necessidade, caso a necessidade seja identificada após o cadastro do paciente, em qualquer etapa do	Recepção e equipe assistencial	-Comunicação Verbal. - Língua De Sinais. - Aplicativo Tradutor. - Registro em Prontuário. - Contato Telefônico.

	cuidado, o colaborador deve acionar a recepção para que seja registrado no cadastro do paciente a barreira identificada		
Nota 1 - Desde a integração os colaboradores devem ser orientados e treinados para identificar as barreiras e/ ou necessidades especiais dos pacientes. Para que todos os profissionais da policlínica atuem no cuidado ao paciente.			

3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A transição de cuidados será aplicada em todos os pacientes da Policlínica em tratamento clínicos, que necessite de transferência para uma unidade de saúde de maior complexidade em decorrência a uma emergência clínica.

4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não será englobado pelo presente protocolo os pacientes admitidos na unidade que necessitem de transferência para realização de exames eletivos que não estão na carteira de serviço da Policlínica.

5 COMUNICAÇÃO EFETIVA NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO

A transição do cuidado consiste na continuidade da execução do processo assistencial planejado por diferentes profissionais, o qual pode ocorrer entre setores durante as transferências ou transportes ou dentro da mesma unidade onde o paciente se encontra.

A metodologia visa promover a segurança para o paciente quando o mesmo será transferido de um setor para outro, de um profissional para o outro dentro da Policlínica, de uma unidade de saúde para outra, como remoção externa em casos de intercorrência para unidade de saúde de maior complexidade e inclusive para alta compartilhada com a Atenção Primária e orientações de continuidade do cuidado em domicílio.

A transição de cuidados proporciona melhoria da qualidade da assistência e prognóstico dos pacientes. Para que a transição de cuidados seja efetiva é

necessário estabelecer uma comunicação clara e objetiva com as equipes multiprofissionais, para que todos compreendam as informações e deem seguimento aos planos terapêuticos propostos por toda a equipe assistencial

As informações sobre o estado do paciente, procedimentos realizados e pendências devem ser repassadas de forma clara e objetiva entre os profissionais, devendo ser certificado pelo transmissor, que o receptor compreendeu as informações transmitidas. Para esta certificação, sugere-se o uso de perguntas abertas, que induzam o receptor a repetir as informações críticas recebidas, de forma a poder ter sua acurácia conferida.

Na tabela abaixo estão descritas as etapas críticas para que a transição do cuidado e como a comunicação deve ocorrer:

O QUE COMUNICAR?	COMO COMUNICAR?	QUEM DEVE COMUNICAR?	QUAIS FERRAMENTAS UTILIZAR?
Primeira consulta	Consulta inicial do paciente, agendado via sistema de regulação (encaminhado pelas Unidades Básicas de Saúde via Sistema Estadual de Regulação de Vagas Integradas à Rede – SERVIR), para atendimento com determinada especialidade médica e/ou com profissional da equipe multiprofissional.	CRE	- Sistema SERVIR do CRE; - Contato telefônico;
Interconsulta	É a solicitação (encaminhamento) gerada dentro da própria unidade pelo profissional médico ou multiprofissional da Policlínica após o primeiro atendimento do paciente que veio regulado pelo CRE e necessite de atendimento complementar com médicos de outras especialidades e/ ou multiprofissional, para fins diagnósticos e/ ou terapêuticos.	Médico e multiprofissional	-Sistema MV Registro em Prontuário. - Formulário específico para interconsulta.

	O médico ou multiprofissional entrega um encaminhamento, uma solicitação redigida em formulário físico e entrega ao paciente para que ele se dirija para a recepção referente àquela categoria profissional solicitada no encaminhamento.		
Consulta subsequente	Consultas de retorno e/ ou sessões terapêuticas solicitadas pelo profissional que realizou a primeira consulta ou pelo profissional que avaliou na interconsulta para seguimento ambulatorial.	Recepcionista ou colaborador do NIA	- Sistema MV - Contato telefônico
Avaliação Global	Avaliação interdisciplinar dos usuários encaminhados pelos profissionais das equipes das Policlínicas Estaduais, ou via Sistema SERVIR (nas vagas das Linhas de Cuidado Prioritárias), realizada por equipe multiprofissional.	CRE; Médico; Multiprofissional	- Sistema MV - SERVIR - Contato telefônico
Transferência Externa paciente em diálise em intercorrências	A transferência externa do paciente dialítico deve ser acompanhada de um relatório clínico, preenchido no próprio sistema SERVIR, o médico solicitante da transferência deve assinar e carimbar o relatório de transferência externa, este profissional deve orientar o paciente e/ou responsável sobre os motivos da transferência para o hospital de retaguarda, devendo ser formalizado em registro no prontuário do paciente no sistema MV. A equipe assistencial deverá estabilizar o paciente para o transporte, enquanto o enfermeiro RT ou outro profissional que tenha acesso ao sistema do CRE (complexo regulador estadual),	Médico/ Enfermeiro	- Comunicação Verbal. -Relatório de Transferência (SERVIR). -Registro em Prontuário no sistema MV. -Contato telefônico. - Protocolo De Transporte Seguro

	Insere os dados necessários através do SERVIR, e aguarda o acelte e ciência da unidade hospitalar retaguarda da clínica de TRS. Após a autorização e liberação de vaga zero pelo CRE, o enfermeiro RT informa e libera à equipe assistencial da ambulância do serviço de TRS da Policlínica para transferirem o paciente ao hospital de retaguarda pactuado com a Policlínica. -Contingência: realizar contato telefônico via ligação e/ ou mensagem de WhatsApp para as coordenadoras do serviço de TRS da SES-GO. A coordenadora do serviço de TRS do CRE e a coordenadora do serviço de TRS da SAIS (Superintendência de Atenção Integral à Saúde).		
Transferência Externa paciente em diálise em procedimentos relacionados a confecção de fístulas	É gerada uma solicitação pelo médico nefrologista para confecção de fístulas no paciente dialítico É enviado um email para a hemodialise.sesgo@gmail.com/ Coordenação Estadual de Regulação de Terapia Renal Substitutiva e Transporte, com os seguintes dados: -Nome do paciente; -Nome da mãe; -Data de nascimento; -Endereço Após entrar em contato via e-mail, aguardar retorno informado a data que deverá encaminhar o paciente ao	Médico Enfermeiro	- SERVIR - Contato telefônico - E-mail, mensagem de whatsApp; -Registro em prontuário no MV.

	hospital pactuado para o serviço de confecção de fistulas. Disponibilizado a vaga, a enfermeira da clínica de TRS orienta o paciente e familiares sobre o dia da consulta. No dia da consulta o paciente será enviado ao hospital no transporte da Policlínica acompanhado por técnica de enfermagem da unidade e um familiar, a técnica levará o relatório médico. Na consulta é solicitado doppler arterial e venoso de MMSS. Após realização do exame a enfermeira da clínica de TRS da policlínica entra em contato via WhatsApp com a Central de agendamento do hospital responsável pela confecção de fistula, na qual agenda retorno e via Email ou WhatsApp envia para a coordenação do serviço de TRS da Policlínica a filipeta constando data e hora do retorno. A equipe de TRS da policlínica enviará o paciente ao retorno, médico vascular avalia o resultado do doppler e solicita exames laboratoriais, ecocardiograma, ECG, avaliação com cardiologista para liberação do risco cirúrgico e Rx de tórax. Após a realização de todos os exames a enfermeira da coordenação do serviço de TRS da Policlínica entra em contato novamente com a Central de agendamento do Hospital e agenda novamente outra consulta, e se tudo estiver dentro dos parâmetros normais é agendado a internação para confecção da FAV.		

Transferência Externa de paciente com intercorrências no ambulatório	No caso de situações de urgência/emergência de um paciente dentro do ambulatório da policlínica, deve-se acionar a enfermeira e o médico RT da unidade. Deve-se realizar todos os procedimentos de estabilização pela equipe assistencial até a remoção do usuário. A enfermeira deve acionar o SAMU para suporte e transferência. Caso o paciente esteja desacompanhado deve ser acionado o serviço social, para entrar em contato com os familiares e informá-los da ocorrência. Quando o SAMU chegar na Policlínica a enfermeira deverá preencher o check list do protocolo de transporte seguro para averiguar se a ambulância do SAMU enviada a unidade está equipada de forma que a mesma corresponda a necessidade do paciente em questão. Esses atendimentos devem ser registrados pelos profissionais no sistema MV com o maior detalhamento possível de informação. E posteriormente a enfermeira e a assistente social deverão manter contato telefônico para monitorar a evolução do paciente.	Médico Enfermeiro Assistente Social	- Contato telefônico - Registro no MV
SADT externo	Conjunto de exames e ações de apoio terapêutico que são disponibilizados aos pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição médica para realizar o exame, sendo	Médico	- CRE pelo sistema SERVIR e contato telefônico

	todos esses procedimentos regulados pelo Complexo Regulador Estadual.		
SADT interno	Conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, será disponibilizado aos pacientes em atendimento na Policlínica.	Médico Multiprofissional	- Sistema MV
Laudo da unidade móvel	<u>Pacientes de municípios que não reside no município onde a Policlínica está instalada:</u> Os laudos serão enviados através do e-mail para as regionais de saúde. As coordenações das regionais serão responsáveis por enviar os resultados para os municípios. Isso vale tanto para citopatológicos quanto para mamografias. <u>Exames alterados de pacientes de municípios que não reside no município onde a Policlínica está instalada:</u> Os exames que apresentarem alteração (mamografia com BI-Rads acima de 4 e citopatológicos que apresentarem sugestão de lesão). Esses exames não serão enviados para as regionais, essas pacientes precisarão passar por avaliação com o mastologista ou ginecologista da Policlínica. É responsabilidade da Policlínica agendar essas consultas (a RT de enfermagem informará os dados da paciente para o NIA e o mesmo realizará o agendamento. A RT de enfermagem enviará um e-mail para a regional comunicando as pacientes que	Coordenação das regionais de saúde RT de Enfermagem Recepcionista Médico	- Contato telefônico; - Sistema MV

	apresentaram alteração junto com os dados do agendamento (data, horário, profissional) dessa forma, o município ficará responsável por enviar essas pacientes no dia agendado. <u>Pacientes que reside no município onde a Policlínica está instalada:</u> Os laudos serão disponibilizados na recepção de entrega de exames. No ato da entrega, as pacientes irão assinar um protocolo de recebimento do exame. Isso vale tanto para citopatológico quanto para mamografias. <u>Exames alterados dos pacientes dos municípios que reside no município onde a Policlínica está instalada:</u> Os exames que apresentarem alteração (mamografia com BI-Rads acima de 4 e citopatológicos que apresentarem sugestão de lesão). Esses exames não serão entregues para as pacientes, essas pacientes precisam passar por avaliação com o mastologista ou ginecologista. É responsabilidade da Policlínica agendar essas consultas (a RT de enfermagem informa os dados da paciente para o NIA e o NIA agenda, entrando em contato com o paciente para informar data e horário).		
Laudo crítico de exames	<u>Exames de Imagem:</u> Ao ser identificado um laudo crítico de exames de imagem, o médico radiologista deve realizar a comunicação do resultado via telefone, para o médico que solicitou o exame. A comunicação deve ser registrada em	Médico Biomédico Enfermeiro	- Comunicação verbal, presencial; - Sistema MV - Contato telefônico

	prontuário, com data, hora, profissional responsável por comunicar, nome do médico responsável pelo exame, com posterior envio do laudo detalhado, respeitando as pactuações dos tempos de entrega, de acordo com as definições da unidade. Exames laboratoriais: Resultados parciais ou potencialmente críticos de exames laboratoriais, devem ser comunicados pelo analista clínico biomédico responsável ao médico solicitante, será entregue um termo ao médico solicitante no qual o mesmo irá assinar afirmando que o mesmo foi comunicado e recebeu o laudo do exame, a RT de enfermagem informa os dados da paciente pro NIA e o mesmo agenda consulta para a especialidade necessária, entra em contato com o paciente para informar data e horário. O termo de recebimento assinado pelo médico deve ser anexado ao prontuário do paciente no sistema MV;		
Solicitação e Dispensação de medicamentos de alto custo	A solicitação e a dispensação dos medicamentos do CEAF nas Policlínicas Estaduais podem ocorrer de duas formas: • Pelo próprio paciente ou seu representante legal; • Por representantes do município devidamente autorizados pelo secretário municipal de saúde e autorizados pelos usuários.	Farmacêutico	- Sistema do CEMAC utilizado é o - SDME

Plano terapêutico Singular	O plano terapêutico deve ser desenvolvido dentro do sistema MV e aberto primeiramente pelo médico e em seguida pela equipe multidisciplinar, se possivel logo após a admissão e discutido juntamente com a equipe multidisciplinar e de acordo com a rotina de cada linha de cuidado. Isso permitirá a definição e revisão das metas traçadas, para o alcance do resultado esperado. Também deve ser reavaliado se as metas traçadas foram efetivadas ou não e, em caso negativo, listar as causas prováveis do não cumprimento do plano terapêutico. A equipe multiprofissional deve preencher e acompanhar o plano terapêutico de forma padronizada, conforme a rotina de cada linha de cuidado. É importante que o plano de metas traçado seja disseminado entre toda a equipe, para uma melhor condução da terapêutica do paciente.	Médico Multiprofissional	- Formulário especifico. - Registro em Prontuário - Sistema MV - Contato telefônico
	O plano de Alta ao cuidado domiciliar deverá ser planejado pelo médico e pela equipe multiprofissional que esteja prestando assistência ao paciente, pois no plano deverá constar todas as orientações necessárias para o familiar e/ou cuidador responsável pelo paciente, visando promover a segurança do paciente. O Plano de Alta deve ter caráter educativo e preventivo, objetivando que	Médico e multiprofissional	- Formulário de compartilhamento de cuidado. - Registro em Prontuário - Sistema MV

Plano de Alta Compartilhada	os pacientes deixem a Policlínica no momento apropriado do seu tratamento e que a prestação dos cuidados pós – "alta" seja organizada, através das seguintes ações: - Avaliar as necessidades do paciente para a alta compartilhada. - Estabelecer PTS e registrar previsão de alta na admissão do paciente e registrar em prontuário no sistema MV. - Esclarecer aos pacientes e familiares informações sobre o diagnóstico e plano de tratamento e orientações para a continuidade do seu cuidado em uma unidade básica saúde; -Elaborar o relatório de alta compartilhada. Preencher o formulário do compartilhamento do cuidado. *** Pacientes das linhas de cuidado que tem doença crônica que fazem uso em domicílio de polifarmácia deverão receber orientação da farmácia clínica antes de sua alta. Prezando pelo uso racional dos medicamentos e seus descartes corretos em casos de desuso ou vencimento, buscando promover à segurança na cadeia medicamentosa e sustentabilidade ambiental.		
Nota 1- O envolvimento da família é imprescindível, uma vez que o planejamento da alta tem a finalidade de dar continuidade à assistência no domicílio, coordenado pela unidade básica de saúde. Diante das evidências e buscando maior integralidade no cuidado, observa-se a necessidade de um plano de alta multidisciplinar estruturado.			
Nota 2- A Policlínica é um ambulatório especializado voltado para a investigação diagnóstica de patologias e orientação terapêutica e não no tratamento continuo destas patologias. Sendo assim, o			

encaminhamento de um paciente para a Policlínica acontece quando é necessário diagnosticar patologias ou realizar exames complementares e orientações terapêuticas que servirão de apoio para o profissional que realiza ou realizará seu tratamento, na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no município que solicitou o encaminhamento. Portanto, após diagnóstico, tratamento e orientação terapêutica, os profissionais médico e da equipe multidisciplinar devem promover a alta ambulatorial do paciente, e o seu retorno para a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou, caso necessário, encaminhar para outro Serviço de Saúde de referência, para a complementação do tratamento. Por exemplo, encaminhamento aos Centros Especializados em Reabilitação (CER) quando há necessidade de reabilitação e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para atendimento de pacientes com transtorno mental severo.

6 REGISTRO POR CATEGORIA PROFISSIONAL

O registro seguro consiste em uma forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao paciente, sobre os cuidados ofertados pela equipe, onde têm por finalidade estabelecer efetiva comunicação entre os profissionais, fornecer subsídios para avaliação da assistência prestada, acompanhar a evolução do paciente, colaborar com o ensino e pesquisa.

Deve ser feito de forma completa, clara e legível, de todos os cuidados exercidos aos pacientes, as evoluções, as avaliações de risco, as intercorrências dentre outras informações que compõem um conjunto de procedimentos. Para fortalecer a comunicação verbal, segue abaixo um quadro que descreve como deve ser realizado o registro por categoria.

CATEGORIA	REGISTRO
Assistente Social	A admissão do paciente é realizada através da Avaliação Social no sistema MV, onde são coletadas informações sobre as condições socioeconômicas do paciente bem como a identificação de vulnerabilidades e riscos sociais deste e do seu grupo familiar. Tais informações irão orientar as ações e a tomada de decisão diante da realização de encaminhamentos específicos de acordo com cada situação apresentada, após a aplicação da avaliação social, outras

	Intervenções também são registradas no prontuário do paciente, sendo elas: - Autorizações especiais; - Declarações; - Orientações sobre direitos e benefícios sociais; - Encaminhamentos a instituições competentes; - Suporte à alta compartilhada; - Acolhimento e encaminhamentos em casos de óbito.
Nota 1 - Nos casos em que vulnerabilidades e riscos sociais identificados e interfiram na terapêutica médico-assistencial, impactando na condição de saúde dos pacientes e até mesmo no momento pós-alta, cópia dos encaminhamentos sociais para garantir acesso aos benefícios e direitos sociais também serão anexadas ao prontuário do paciente.	
Enfermeiro	Os registros de enfermagem compõem o processo de assistência de enfermagem que devem conter os seguintes instrumentos: 1. Admissão de enfermagem e avaliação de riscos e complexidade dos cuidados. 2. Plano de cuidados através da prescrição de enfermagem. 3.Registros de enfermagem (Evolução e registros de atividades básicas realizadas no período) Admissão e avaliação de riscos: Nessa etapa deve ser coletado o máximo de informações possíveis, que possam evitar alguns riscos, como queda, lesão por pressão, trombose venosa profunda, broncoaspiração, infecções, dentre outros. A Admissão de enfermagem também possibilita a avaliação do grau de complexidade dos cuidados de enfermagem a serem prestados, de acordo com as necessidades básicas afetadas, permitindo um dimensionamento correto da equipe de enfermagem. Prescrição: consiste em um plano de cuidado, individualizado e sistemático, elaborado, fundamentado nas necessidades básicas afetadas nos riscos a que o paciente está submetido.

	Registros de enfermagem: A evolução do enfermeiro no prontuário deverá ser sempre que houver a necessidade de algum registro significativo devido à mudança no quadro clínico do paciente ou da conduta a ser adotada, realização de procedimentos e intercorrências no período. Deve ser feita contendo seguintes dados: - Data e hora dos registros; - Hipótese diagnóstica que gerou a consulta; - Nível de consciência, estado geral do paciente; - Queixas do paciente no período; - Riscos aos quais o paciente poderá estar submetido; - Procedimentos realizados pelo enfermeiro no período; - Condição de pele, drenos, curativos, condições de transferência e alta; - Avaliação dos registros dos técnicos de enfermagem fechando os balanços adequando as informações.
Nota 1 - Os técnicos de enfermagem também necessitam realizar os registros no prontuário do paciente, sendo estes em impresso próprio pré-definido pela instituição. Devem contemplar as atividades básicas de enfermagem, tais como: - Data e hora dos registros; - Administração de medicamentos - Aceitação ou recusa no período; - Condições de aceitação de dieta; -Condições das eliminações: diurese; - Condições de higiene pessoal; - Preenchimento de formulário de controle hemodinâmico e controle hídrico	

Farmacêutico	- Na admissão do paciente, o farmacêutico deverá realizar a conciliação medicamentosa, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso dos mesmos após análise junto ao médico. Em caso de intervenção farmacêutica, em relação aos medicamentos a serem conciliados, é comunicada ao médico responsável pessoalmente, caso necessário, será via prontuário eletrônico registrado na evolução do prontuário. - As intervenções farmacêuticas realizadas durante o acompanhamento, assim como as intervenções geradas pela análise das prescrições, deverão ser registradas em prontuário eletrônico as prescrições analisadas pelo farmacêutico clínico. - As interações medicamentosas devem ser registradas em prontuário e/ou formulário especifico, quanto à gravidade e métodos para monitorização. - A investigação da ocorrência de Reação Adversa ao Medicamento (RAM)deverá ser registrada no prontuário, bem como a classificação da RAM quanto à causalidade e gravidade após discussão da equipe farmacêutica. No Prontuário Eletrônico deverão ser registrados o tipo de reação e o medicamento envolvido. Assim como após a realização do estudo do caso pela farmácia clínica, deverá ser entregue ao paciente cartão com a identificação da RAM e medicamento envolvido. - A evolução em prontuário deve conter: Data e hora dos registros, sinalização atividade registrada (conciliação medicamentosa, acompanhamento farmacoterapêutico, ocorrência de RAM, sinalização de interação, intervenção farmacêutica), descrição objetiva do que foi analisado e, caso seja necessário, sugestão de conduta necessária, carimbar e assinar.

Nota 1 - Deverá ser colocado em prontuário o termo de uso de medicamentos próprio que é assinado pelo paciente, além dele, também é arquivado o formulário de medicamentos de uso restrito após preenchimento pelo médico solicitante, análise do farmacêutico clínico e parecer da direção.

Fisioterapeuta	O registro no prontuário deverá ser realizado após a assistência fisioterapêutica prestada e deverá ser composto de: - Data e horário do atendimento; - Exame clínico/físico no momento da intervenção com a descrição do estado saúde físico funcional; - Resultados de testes funcionais e/ou escalas realizadas durante o atendimento, bem como descrição de exames complementares realizados previamente; - Diagnóstico e prognóstico: descrição do diagnóstico fisioterapêutico considerando a condição de saúde físico funcional do paciente, estabelecendo o provável prognóstico que compreende a estimativa de evolução do caso; - Planos fisioterapêuticos e protocolos multidisciplinares: descrição do plano terapêutico e/ou protocolo aplicados, relatando os recursos, métodos e técnicas utilizados e o(s) objetivo(s)a ser(em) alcançado(s); - Evolução da condição de saúde físico-funcional: descrição da evolução do quadro de saúde do paciente, eventuais intercorrências e impedimentos para realização das condutas. - Deverá desenvolver plano de alta participativo: com descrições, orientações e ilustrações dos exercícios que ele deverá realizar em domicílio, treinar e esclarecer as dúvidas do paciente familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado apoiado; - Registro do não comparecimento dos pacientes ambulatoriais, sinalizando possível falha na continuidade do tratamento, registro de encerramento por ocasião alta, suspensão, abandono ou óbito.
	Nos casos de primeiro registro em prontuário, o fonoaudiólogo deverá proceder seguintes anotações: - Data e hora dos registros; -Dados da anamnese ou entrevista fonoaudiológica; - Diagnóstico fonoaudiológico; - Prescrição da conduta fonoaudiológica e recomendações à equipe; - Registro das orientações ao paciente/responsável ou cuidador. Nos registros subsequentes nos prontuários, o fonoaudiólogo deverá realizar seguintes anotações:

Fonoaudiólogo	- Evolução do quadro e procedimentos realizados; - Informações sobre as condições clínicas/estado geral do paciente no momento intervenção/consulta; - Descrição de eventuais impedimentos para a realização da conduta fonoaudiológica; -Registro dos contatos com outros profissionais envolvidos no caso de condutas adotadas em conjunto; - Registro do não comparecimento dos pacientes ambulatoriais, sinalizando possível falha na continuidade do tratamento, registro de encerramento por ocasião alta, suspensão, abandono ou óbito.
Médico	Admissão *Cabe ao médico abrir e desenvolver o PTS para os pacientes sobre seus cuidados, alinhando sempre as condutas com a equipe multiprofissional e registrando em prontuário no sistema MV; 1. Anamnese: neste item devem constar a queixa principal do paciente, a história da doença atual e a duração do quadro, antecedentes pessoais e familiares, história de alergias, hábitos e história social; 2. Exame Físico: orienta-se fazer exame físico geral e específico, com aferição dos sinais vitais e dados antropométricos; 3. Diagnósticos (principal e secundários): anotar possíveis diagnósticos etiológicos/ou sindrômicos e inserir o CID; 4. Conduta: registrar a solicitação de exames complementares e de pareceres, além da conduta terapêutica inicial. 5. Comunicação realizada ao paciente/familiar sobre sua admissão, diagnóstico prognóstico (se possível). Solicitação de exames complementares e pareceres de especialistas 1. Preencher formulário padronizado em prontuário eletrônico. 2. Colocar a justificativa da solicitação do exame complementar de diagnóstico formulário. 3. Realizar a solicitação do parecer de especialista e interconsulta multiprofissional em formulário padronizado no sistema, colocando o resumo da história clínica do paciente e a justificativa da solicitação.

	4. Colocar as solicitações assim como os laudos/pareceres impressos anexados no prontuário do paciente. Prescrição: A prescrição é organizada no prontuário eletrônico, de forma padronizada. Deve ser elaborada e assinada pelo médico. Na prescrição devem ser registradas as medidas necessárias ao tratamento do paciente, com cuidados gerais, dieta, hidratação, medicamentos e a necessidade de acompanhamento multiprofissional. Evolução: A evolução deverá ser sempre que houver a necessidade de algum registro significativo devido à mudança no quadro clínico do paciente ou conduta a ser adotada. Ao final da evolução, devem ficar claras a impressão diagnóstica, as razões pelas quais foram definidas as condutas diagnósticas/ou terapêuticas, assim como o planejamento do seguimento do atendimento. Em casos de intercorrências, os registros completos e objetivos são fundamentais para a adequada avaliação e para definição de conduta, além de possibilitar atendimento mais rápido. Procedimentos: Quaisquer procedimentos, sejam eles para fins diagnósticos ou terapêuticos, tais como: procedimentos cirúrgicos, procedimentos anestésicos dentre outros realizados, devem ser registrados em evolução ou em formulário padronizado do serviço específico. Preencher completamente o formulário, no sistema MV. Transferência para unidade de maior complexidade: Preencher formulário padronizado no prontuário eletrônico. Registrar Resumo da história clínica e do exame físico, relato sumário de procedimentos realizados, resultados de exames complementares, além de diagnósticos/hipóteses diagnósticas e registrar também o repasse da comunicação sobre a transferência para o paciente ou familiar. Colocar o formulário impresso e assinado no prontuário do paciente. Alta compartilhada e esclarecida: Preencher formulário de PLANO DE ALTA/ COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO padronizado, via sistema informatizado. Devendo constar condições clínicas do paciente no momento da alta, diagnósticos/impressão diagnóstica, principais exames e tratamentos realizados.

	Ao final do relatório, deve ser anotada a programação subsequente, incluindo agendamentos de consultas ambulatoriais e/ou exames e encaminhamentos para outros profissionais ou serviços, quando necessário. O PLANO DE ALTA deverá ser impresso em duas vias, o médico deverá assinar as duas vias, uma será anexada no prontuário eletrônico, como registro da alta compartilhada e esclarecida e a outra via será entregue ao paciente.
Nutricionista	<u>Admissão</u> Deve conter data e hora, identificação do paciente, resultado da triagem nutricional, dados de avaliação antropométrica e clínica, diagnóstico nutricional, dieta prescrita e conduta dietoterápica, via e frequência de administração da dieta, assim como alergias e/ou intolerâncias alimentares, hábito intestinal e meta calórico/proteica. Entregar orientações nutricionais ao paciente e solicitar exames necessários para traçar o plano nutricional individualizado do paciente. <u>Acompanhamento</u> Elaborar, entregar o plano alimentar e acompanhar a adesão do paciente. Descrever eventuais intercorrências clínicas e gastrointestinais, dados de reavaliação antropométrica e clínica, dieta prescrita e aceitação, conduta dietoterápica ementa calórico/proteica. <u>Alta compartilhada</u> Deve constar data e hora, identificação do paciente, desfecho nutricional, assim como registro de entrega de orientação e/ou parecer nutricional ao paciente e/ou acompanhante e para que fim foi realizada. - Registro do não comparecimento dos pacientes ambulatoriais, sinalizando possível falha na continuidade do tratamento, registro de encerramento por ocasião alta, suspensão, abandono ou óbito.
Psicólogo	As informações registradas no prontuário devem acontecer todas as vezes que o atendimento for realizado e enquanto o paciente permanecer na unidade.

	Os Registros devem conter as seguintes etapas: - Avaliação psicodinâmica; - Planejamento terapêutico; - Avaliação dos resultados; - Replanejamento (se necessário). Registro em prontuário: a. Conteúdo básico da evolução: como encontrou o paciente, o que trabalhou, como ficou o paciente; b. O que observar: o primeiro registro deve conter um breve histórico fatos relevantes do ponto de vista psicológico e o estabelecimento de uma conduta. Deve-se selecionar os aspectos emocionais do paciente necessários ao conhecimento da equipe, visando à terapêutica especializada. Solicitar avaliações (interconsulta clínica, neurológica, psiquiátrica). Fazer observações pertinentes. - Registro do não comparecimento dos pacientes ambulatoriais, sinalizando possível falha na continuidade do tratamento, registro de encerramento por ocasião alta, suspensão, abandono ou óbito.

Da definição de prontuário: "Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada" - Resolução nº 1638/2002.

Orientamos que as siglas e abreviaturas devem ser evitadas no registro de informações dos prontuários e não devem ser utilizadas no preenchimento das Declarações de Óbitos.

7.AÇÕES CORRETIVAS

Não realização da transição do cuidado.	Notificar via google forms notificação de incidentes e eventos adversos (NSP/NQ).
Falha no preenchimento da transição do cuidado	Notificar via google forms notificação de incidentes e eventos adversos (EA's). Realizar treinamento com a equipe.

3. PROTOCOLO DE TRIAGEM DE PACIENTES AMBULATORIAIS

1.OBJETIVO

Padronizar as ações para Triagem dos pacientes no Ambulatório de Especialidades. Oferecer suporte emocional ao paciente e família durante todo o processo de adoecimento, tratamento e resolução da doença (cura, paliação ou morte), no sentido de auxiliar na compreensão da vivência do adoecimento. Fortalecer as características resilientes, promover maior adesão ao tratamento e, consequentemente, promover saúde mental aos envolvidos, como forma de potencializar as possibilidades de autocuidado e melhora

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar análise de prontuário do paciente visando caracterização dos dados clínicos e conhecimento sobre histórico prévio;
- Identificar possibilidade de realização do atendimento (se paciente não está em procedimento) e se o paciente está em condições de atendimento (sem alteração do nível de consciência, orientado com capacidade de comunicação, com sintomas controlados, sem ventilação mecânica, que não apresente comprometimento cognitivo grave).

Caso a avaliação seja realizada com o familiar, a mesma deve ser programada para ser realizada em um horário que este esteja presente e disponível para o contato com o psicólogo;

- Realizar avaliação psicológica. A avaliação inicia-se com o estabelecimento de um contrato psicológico, que consiste em uma explicação para o paciente/familiar do que se trata a avaliação psicológica, incluindo a apresentação do profissional, disponibilização do atendimento, aceite do paciente/familiar, sinalização sobre a possibilidade de interferências e interrupções devido ao ambiente ambulatorial;

- Dar retorno à equipe multiprofissional sobre aspectos que possam ter impacto no planejamento de cuidados do paciente. Segundo o Código de Ética de Psicologia, o psicólogo, no relacionamento com profissionais não psicólogos: "compartilhará somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo (Art.6º, CFP, 2005).";

- Encaminhar, quando necessário, para outros serviços de psicologia ou afins;

- Efetuar registros em prontuário, de acordo com o artigo 12 do Código de Ética que afirma que:

✓ Art. 12 - Nos documentos que embasam as atividades em equipe multiprofissional, o psicólogo registrará apenas a informação necessária para o cumprimento dos objetivos do trabalho. Aplicam-se as considerações do artigo 6º, sendo que a definição dos objetivos de seu trabalho constitui um item que deve estar claro para o profissional, a despeito do mesmo registrar inadvertidamente informações irrelevantes para a atividade em questão. [...]

✓ Art. 14 - A utilização de quaisquer meios de registro e observação da prática psicológica obedecerá às normas deste Código e à Legislação vigente, devendo o usuário ou beneficiário, desde o início, ser informado. (CFP, 2005).

- O acompanhamento se dará através de atendimentos ao paciente e/ou ao familiar, a partir da avaliação psicológica e da discussão de caso com a equipe multiprofissional;

- A frequência e duração serão determinadas de acordo com a necessidade clínica apresentada;

- Efetuar registros em folha de evolução no prontuário do paciente, descrevendo aspectos do atendimento pertinentes ao restante da equipe multiprofissional.

4.RESPONSÁVEL(S)

Psicologa (o)

Capitulo III

Do Serviço Social

1. DECLARACÃO DE COMPARECIMENTO E ACOMPANHANTE

1.OBJETIVO

Emitir Declaração de Comparecimento e/ou de acompanhante aos usuários atendidos pelo Assistente Social.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Usuário busca atendimento do Serviço Social, é atendido e solicita Declaração de acompanhante que será emitido apenas no período de atendimento;

- Usuário solicita Declaração de Acompanhante. O Assistente Social busca no sistema eletrônico se há registro do solicitante no prontuário e se estiver registrado como tal, emite-se a Declaração.

4.RESPONSÁVEL(S)

Assistente Social.

2. IDOSO EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA E OU NEGLIGÊNCIA

1.OBJETIVO

Intervir na realidade vivida pelo paciente para viabilizar a garantia de direitos essenciais a esta demanda.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.MATERIAL UTILIZADO

Caneta,
Carimbo profissional.

Telefone.

4.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Entrar em contato com familiar/responsável;
- Realizar avaliação social abrangendo a história de vida, situação econômica, condição estrutural etc., visando apreender as condições que levaram o paciente a tal situação;
- Solicitar apoio multiprofissional para avaliação psicológica do responsável;
- Analisar as informações colhidas, tratar os dados para parecer social;
- Caso o paciente seja vítima de violência, acionar os órgãos competentes;
- Caso o paciente seja vítima de negligência, após apreensão das informações colhidas, encaminhar ao órgão competente para que sejam tomadas as providências cabíveis.

5.RESPONSÁVEL(S)

Assistente Social

6.REFERENCIAS

BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Código de Ética Profissional do Assistente Social.* Brasília: CFESS, 1993.

Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS, 2010.

3. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO MENOR DE IDADE SEM ACOMPANHANTE

1.OBJETIVO

Garantir o atendimento ao menor que se encontra desacompanhado na unidade.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- A recepção deve comunicar ao Assistente Social sobre a presença de um menor buscando atendimento sem estar com acompanhante e realizar a abertura de ficha de atendimento;

- Ao serviço social cabe:

✓ Realizar a abordagem ao paciente e absorver o maior número de informações pessoais e familiares;

✓ Fazer o levantamento quanto ao número de telefone para contato com familiares para entrar em contato com familiares para solicitar que compareça a policlínica;

✓ Acompanhar o menor durante todo o atendimento caso o quadro clínico até a chagada de um responsável (familiar ou conselho tutelar).

4. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE NÃO IDENTIFICADO

1.OBJETIVO

Orientar os profissionais a como procederem em atendimentos de pacientes não identificado.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar anamnese social com o paciente e colher o maior número de informações possíveis como nome, nome da mãe, naturalidade, endereço, data de nascimento etc.;
- Buscar no sistema de gestão de atendimentos e prontuário possíveis familiares, telefones e endereços;
- Caso não obtenha sucesso, buscar contatos onde o paciente foi resgatado e coletar informações de pessoas da comunidade;
- Se possível, deslocar-se ao endereço indicado pelo paciente a fim de coletar mais informações;
- Caso necessário, entrar em contato com a polícia civil e militar para verificar se há boletim de ocorrência da perda dos documentos;
- Entrar em contato com o serviço social do município para acompanhamento do caso e que sejam tomadas as providencias cabíveis;

- Caso o paciente seja de outro município, entrar em contato com a secretaria municipal de assistência social para inteiração do caso e que sejam tomadas as providencias cabíveis;

- Caso seja esgotada todas as possibilidades de identificação do referido paciente, registro o boletim de ocorrência junto a delegacia civil;

- Caso o paciente venha a óbito, solicitar a supervisão administrativa para que seja realizado o boletim de ocorrência na delegacia civil para acionamento do IML

4.RESPONSÁVEL(S)

Assistente Social

5.REFERENCIAS

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Código de Ética Profissional do Assistente Social.* Brasília: CFESS, 1993.

Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS, 2010.

Capítulo IV

Da Biomedicina

1. PROTOCOLO DOS EXAMES BIOQUÍMICOS

1.OBJETIVO

Descrever as etapas e requisitos necessários para a realização dos exames de bioquímica. Determinar parâmetros bioquímicos e sua utilização no diagnóstico, tratamento e monitorização de determinada doença.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.MATERIAL UTILIZADO

- Centrifuga;
- Tubos com gel separador, com EDTA ou Citrato;
- Aparelho A15;
- Reagentes;
- Pipetas;
- Ponteiras;
- Microcubetas;
- Água destilada;
- Solução salina.

4.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- **Preparo do Liquido de Sistema:** O Liquido deve ser preparando juntando 4 ml de liquido de sistema concentrado ao recipiente cheio de água destilada (aproximadamente 2000 ml).

- **Preparo Solução Wash:** Este liquido deve preparar-se juntando 10 ml de solução de lavagem concentrada ao recipiente solução de lavagem cheia de água destilada (aproximadamente 2000 ml).

- **Preparo de Biocontrol N:** Preparar colocando 5 ml de água destilada no frasco contendo o concentrado e aguardar 30 minutos e ir homogeneizando a cada 10 minutos, após a solução dissolver totalmente dividir em tubos eppendorf e manter congelado. Descongelar apenas quando for usar e após descongelado não pode congelar novamente.

- **Preparo de Biocontrol P:** Preparar colocando 5 ml de água destilada no frasco contendo o concentrado aguardar 30 minutos e ir homogeneizando a cada 10 minutos dividir em tubos eppendorf e manter congelado. Descongelar apenas quando for usar e após descongelado não pode congelar novamente.

- **Preparo de Biocal:** Preparar colocando 5 ml de água destilada no frasco contendo o concentrado aguardar 30 minutos e ir homogeneizando a cada 10 minutos dividir em tubos eppendorf e manter congelado. Descongelar apenas quando for usar e após descongelado não pode congelar novamente.

Ações de começo do dia

- Verificar se os frascos possuem reagentes suficientes para a rotina diária;

- Antes de preparar qualquer reagente verificar na embalagem os valores para preparação dos reagentes;

- Passar os controles de qualidade Biocontrol N e Biocontrol P antes do uso diário e Calibrador Biocal quando necessário;

- Verificar os valores dos controles de qualidade e conferir com a tabela de acordo com o Lote se os valores estão dentro do esperado, se estiverem começar a rotina, se não, passar calibrador e verificar os resultados, se não der o valor esperado não fazer a rotina do exame e comunicar.

Análises Bioquímica Realizadas e Amostras Utilizadas

- **Ureia:** soro ou plasma;
- **Creatinina:** soro ou plasma;
- **TGO**: soro ou plasma;
- **TGP**: soro ou plasma;
- **Gama GT:** soro ou plasma;
- **Cloreto**: soro ou plasma;
- **Amilase:** soro ou plasma;
- **Fosfatase Alcalina:** soro ou plasma;
- **Ácido Úrico**: soro ou plasma;
- **Bilirrubina Direta**: soro ou plasma;
- **Bilirrubina Total**: soro ou plasma;
- **PCR**: soro;
- **CPK**: soro ou plasma;
- **CKMB**: soro ou plasma;
- **Triglicéres** : soro ou plasma;
- **Albumina**: soro;
- **Proteínas Totais**: soro;
- **Magnésio**: soro ou plasma;
- **Lactato**: plasma ou líquido cefalorraquidiano;
- **Glicose**: soro ou plasma;
- **Lipase**: soro ou plasma;
- **Cálcio**: soro ou plasma;

- **Fosforo**: soro ou plasma;

- **Desidrogenase Lática**: soro ou plasma.

Tabela de Estabilidade dos Reagentes e Valores de Referência

REAGENTES	ESTABILIDADE	VALORES DE REFERÊNCIA
Cálcio	2 a 8°	8,8-11,0 mg/dL
Lactato	2 a 8°	4,5-14,4 mg/dL
Bilirrubina Total	2 a 8°	0,1-1,2 mg/dL
Bilirrubina Direta	2 a 8°	até 0,4 mg/dL
TGO	2 a 8°	11-39 mg/dL
TGP	2 a 8°	< 45 mg/dL
CPK	2 a 8°	24-195 mg/dL
Gama GT	2 a 8°	< 55 mg/dL
PCR	2 a 8°	< 8 mg/dL
LDH	2 a 8°	200-480 U/L
Amilase	2 a 8°	<125 U/L
Ácido Úrico	2 a 8°	1,5-7,0 mg/dL
CKMB	2 a 8°	0-25 U/L
Fosfatase Alcalina	2 a 8°	27 -100 mg/dL
Triglicérides	2 a 8°	< 150 mg/dL
Uréia	2 a 8°	15-40 mg/dL
Magnésio	2 a 8°	1,6-2,4 d/L
Albumina	2 a 8°	3,5-5,5 g/dL
Proteínas Totais	2 a 8°	6,0-8,0 g/dL
Glicose	2 a 8°	65-99 mg/dL
Lipase	2 a 8°	<60 U/L
Creatinina	15 a 30°	0,70-1,20 mg/dL

Fósforo	15 a 30°	2,5-4,8 mg/24h
Cloreto	15 a 30°	98-112 mEq/L

6.Procedimento Detalhado

- Conferir todo o material dos pacientes (nome e número de registro);
- Verificar se foi coletado volume suficiente para análise;
- Centrifugar o tubo;
- Observar se não há hemólise no soro;
- Quando for coletado pouca quantidade transferir o soro para uma microcubeta identificada corretamente;
- Colocar a amostra do tubo ou microcubeta no aparelho A15, selecionar o exame a ser realizado, iniciar e aguardar o resultado.

7.RESPONSÁVEL(S)

Equipe de laboratório

3. PROTOCOLO DE CONTROLE DE QUALIDADE

1OBJETIVO

Estabelecer normas e procedimentos para a realização do Controle Interno de Qualidade, assim como a avaliação dos resultados, critérios de aprovação dos mesmos e a implementação de ações necessárias caso um controle ou analito não seja aprovado.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.MATERIAL UTILIZADO

Bioquímica: Analisador Bioquímico A15

- Controle Normal - Biocontrol N;
- Controle Patológico - Biocontrol P;
- Amostra controle;
- Calibrador padrão (Biocal).

Hematologia: ABX Micros 60

- ABX Minotrol 16;
- Amostra controle.

Coagulação: Start 4

- TAP/TTPA Bioclin;
- Amostra controle.

Gasometria: RapidLab 348

- Mission Control;
- Amostra controle.

4.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Controle Interno

- Antes do início da rotina é necessário que seja realizados controles internos nas técnicas manuais de automação. Sendo aceito os parâmetros liberados, será validado pelo Biomédico responsável a fim de garantir resultados seguros às posteriores análises;

- É importante que caso aconteça alguma manutenção durante o dia, os controles deverão ser novamente realizados;

- Na falta de controle comercial deverá ser utilizada como contingência a repetição de amostras com diferentes níveis de resultados, preferencialmente próximo ao nível de decisão clínica. A aceitação de desvio deve considerar o histórico do desvio controle.

Controle Externo

- As amostras de controle externo devem ser recebidas, conferidas, a estabilidade deve ser avaliada;

- As amostras devem ser executadas da mesma forma que amostras de pacientes;

- Os resultados devem ser escritos nas impressões da rodada, digitados por um Técnico e conferido e liberado por um Biomédico;

- Os relatórios com os resultados devem ser analisados pelo responsável, as não conformidades devem ser distribuídas para setores que devem realizar análise de causa e tomada de ação corretiva.

Bioquímica

- São utilizados dois níveis de controle, um Normal e outro patológico;

- A amostra controle utilizada trata-se de controle comercial obtido de soro humano liofilizado;

- Armazenamento: Conservados entre 2 a 8°C, após reconstituição, estável por 3 dias. Anotar no frasco a data da reconstituição e nome de quem executou este procedimento;

- Os controles utilizados para a análise dos gases sanguíneos se encontram prontos para uso e são armazenados entre 2 a 20°C permanecendo estáveis até a data de validade estabelecida pelo fabricante. Ampolas após abertura devem ser utilizadas imediatamente e então descartadas. As ampolas devem ser abertas apenas no momento da análise;

- Utilização dos controles: As amostras controles são analisadas diariamente, preparadas de acordo com as instruções do fabricante, ou sempre que se realiza qualquer recalibração de equipamentos;

- Aprovação dos Controles: O colaborador do setor, antes de liberar os resultados dos pacientes, faz uma avaliação dos valores obtidos no controle interno. Utiliza para avaliação as regras de Westgard acima descritas, para aprovação seguir o fluxograma disposto abaixo. São aprovados os controles que se encontrarem dentro de +/- 2 DP. Exceção feita ao PO2, onde é aceitável a aprovação com +/- 3DP, porém o desejável será +/- 2DP. O colaborador que os aprovar deverá assinar a aprovação;

- No caso em que os valores do analito, na avaliação do controle interno da qualidade está fora da variabilidade de +/- 2 DP, antes de reidratar outro frasco de controle e repetir a dosagem analisar criticamente os resultados de controle utilizando as regras de Westgard , avaliando as causas das variabilidades obtidas;

- Utilizar a combinação de regras de Westgard:

✓ Se nenhuma regra foi infringida, a corrida analítica é considerada controlada e os resultados dos testes podem ser reportados.

✓ Lembrar que a regra 1º é utilizada como regra de advertência e corridas analíticas não são rejeitadas se apenas esta regra for infringida. Caso ela seja

infringida, verificar o comportamento do controle frente às outras regras, checar se os controles apontam para erros aleatórios ou sistemáticos.

- Causas potenciais do erro sistemático:
- Troca de lote de reagente e/ou calibrador;
- Valor de calibrador errado;
- Preparação de reagentes errado;
- Deterioração de reagente e / ou calibrador;
- Armazenamento inadequado de reagentes e/ou calibradores;
- Causas Potenciais do erro Aleatório:

✓ Presença de bolhas no reagente/amostra

✓ Homogeneização inadequada dos reagentes

✓ Instabilidade de temperatura e incubação

✓ Instabilidade na rede elétrica

✓ Variação individual do operador no tempo de pipetagem.

Hematologia

- Controle comercial: Os controles se encontram prontos para uso, Controles: Baixo, Normal e Alto;
- Controle biológico: São separados da rotina diária 2 a 3 amostras que simulam (em concentração) os controles comerciais, uma baixa, outra normal e uma alta;
- Controle comercial: Constituído por componentes estabilizados de plaquetas simuladas e susceptíveis de serem lisados, eritrócitos humanos e leucócitos fixados de origem humana suspendidas em uma solução que contém conservante;

- Todos os materiais constituintes humanos devem ser considerados potencialmente infecciosos;

- Armazenamento; 2 a 8°C para ambos controles (comercial e biológico). Deve-se evitar superaquecimento e ou congelamento dos tubos, e agitação vigorosa;

- Validade: Desde que bem armazenados os controles comerciais permanecem estáveis até a data de validade estabelecida pelo fabricante. Após aberto, validade de +/- 20 dias.

- Utilização dos Controles:

✓ Controle Comercial: Diariamente retirar da geladeira , deixar a Temperatura ambiente por 10 minutos;

✓ Homogeneizar por inversão fazendo deslizar na palma das mãos;

✓ Retirar a tampa do tubo, e proceder à análise no equipamento como uma amostra de paciente;

✓ O resultado obtido será impresso;

✓ O resultado do controle sempre deve conter o visto do colaborador responsável que realizou a aprovação do mesmo;

✓ O impresso (dado bruto) deve ser guardado em pasta própria no setor.

✓ No final de cada mês o responsável pelo setor analisa os dados cumulativos do mês no equipamento analítico verificando os DP e CV obtidos pelo equipamento.

- Controle Biológico: Diariamente eleger no mínimo 2 ou no máximo 3 amostras que já foram analisadas da rotina e deixar em recipiente destinado às mesmas, conservando-as entre 2 a 8°C. Imprimir do aparelho ou do Sistema de interface (quando aplicável) os resultados obtidos e colocar em pasta própria;

- No dia seguinte as mesmas amostras são reanalizadas no equipamento e o colaborador deverá imprimir do equipamento e/ou da Interface (quando aplicável) os resultados;

- O colaborador deve observar a variação encontrada para cada um dos parâmetros , comparando resultados do dia anterior com o atual.

- Aprovação dos Controles: Controle biológico (controle alternativo):

✓ A cada 6 meses é realizada análise das variações obtidas e emitida tabela com a variação permitida para cada parâmetro;

✓ Para os controles comerciais, como são utilizados 3 níveis (Baixo, médio e Alto), os mesmos podem ser aprovados quando dois dos três níveis utilizados se encontram dentro de +/- 2 DP. Caso dois níveis de controle se mostrarem fora de +/- 2 DP para um ou mais parâmetros, o colaborador deve repetir a análise dos níveis que não foram aprovados e tenham sido infringidas qualquer regra de rejeição, o colaborador deverá realizar manutenção preventiva do equipamento e se necessário realizar o ajuste dos fatores do parâmetro em questão;

✓ Caso seja realizado ajuste de fatores ("calibração"), o colaborador deve em seguida eleger 5 amostras anteriormente analisadas e liberadas em diferentes horários e reavalia-las;

✓ Verificar se a variação obtida entre a primeira e segunda dosagens. Se a variação observada se mostrar dentro da obtida para o equipamento em questão (conforme tabela 2 abaixo) não há necessidade da repetição dos testes reportados, demonstrando que o equipamento "descalibrou" naquele momento, porém se os controles excederem os CV estabelecidos, todos os testes reportados deverão sofrer repetição.

- Após a repetição, comparar os resultados da primeira e da segunda análise verificando se haverá necessidade de se realizar a retificação do(s) resultado(s). Se houver mudança do diagnóstico laboratorial, deverão ser gerados novos laudos que deverão conter a informação: Este laudo substitui o anteriormente liberado e caberá ao coordenador e na ausência deste o colaborador por este indicado, a comunicação da falha aos médicos solicitantes;

- Registros destas providências devem ser realizados com a abertura de Registro de Não Conformidades e relatório de análise crítica; Estas NC deverão ser tratadas, analisando-se as causas e ações corretivas adotadas;

- Utilizamos também na hematologia a análise diária de controles "biológicos". Todos os dias são separados da rotina as 3 amostras de hemograma que

foram analisadas no dia, preferencialmente com as concentrações semelhantes as do controle comercial Este controle substitui os controles comerciais quando estes não estiverem disponíveis, para controlar nosso equipamento. Neste caso, os controles são aprovados utilizando-se a variação cumulativa obtida para cada um dos parâmetros, conforme tabela disponível na pasta de controle interno.

Coagulação

- São utilizados dois níveis de controle: Normal e Patológico.

- O plasma controle do TAP e TTPA, são reconstituídos com água reagente, o volume de água a ser utilizado encontra-se na bula do controle e/ou no frasco do mesmo, após a hidratação do plasma controle, esse deve permanecer em repouso por 30 minutos e após esse período ser homogeneizado.

- O procedimento para a utilização do plasma controle deve ser o mesmo da realização do TAP e TTPA da rotina, (tratar os controles como uma amostra de paciente), e deve ser adotado todos os dias para a liberação do equipamento para a rotina.

- Os resultados obtidos devem ser anotados nos registros para este fim. O colaborador que executar este procedimento deve assinar a realização dele.

- Aprovação dos controles: Os controles são aprovados se estiverem dentro de +/- 2DP. Caso os resultados de um (regra 1.2s) ou ambos os níveis de controle (2.2s) se mostrem fora de +/- 2 DP, repetir a análise do(s) controle(s) inadequado(s) reidratando novos frascos de controle. Se eles forem aprovados significa que houve uma falha pontual, e a rotina poderá ser liberada. Porém caso não sejam aprovados, preparar novos reagentes e reanalisar os controles, se eles se encontrarem dentro de+/- 2DP, comprova-se que houve "deterioração" do reagente. Eleger 5 amostras anteriormente processadas e reportadas nas últimas 4 horas do ocorrido, repetir as dosagens das amostras e analisar as variações encontradas. Se os valores liberados e os obtidos na segunda dosagem mostrarem-se dentro dos DP estabelecidos, não há necessidade de se repetir os testes reportados, porém se a variação se encontrar fora dos limites estabelecidos de 2DP, repetir todos os testes reportados.

- Deverão ser gerados novos laudos que deverão conter a informação: Este laudo substitui o anteriormente liberado e caberá ao coordenador e na ausência deste o colaborador por este indicado, a comunicação da falha aos médicos solicitantes.

4.PROTOCOLO DE IDENTIFICACÃO DO PACIENTE NO LABORATÓRIO

1.OBJETIVO

A partir da identificação, determinar com segurança o indivíduo como sendo legítimo paciente do exame solicitado; Assegurar que a análise a ser executada é efetivamente aquela que foi prescrita; Tornar os resultados confiáveis para cada paciente.

2.APLICABILIDADE

Laboratório de Análises Clínicas

3.MATERIAL UTILIZADO

- Pulseira de Identificação;
- Caneta.

4.DESCRIÇÃO DOPROCEDIMENTO

✓ O paciente já devidamente identificado conforme classificação deverá ter em mãos documentos pessoais utilizando-se de pulseira de identificação. Segue a ordem de identificação que deve ter no mínimo três identificadores:

✓ **Paciente Adulto:** Nome completo do paciente sem abreviaturas, número do prontuário e data de nascimento que deve ser registrada no formato curto (DD/MM/AAAA). Poderá ainda conter o sexo do paciente para aqueles nomes que sejam comuns aos dois sexos.

✓ **Paciente Pediátrico**: nome completo do paciente sem abreviaturas, número do prontuário e data de nascimento que deve ser registrada no formato curto (DD/MM/AAAA) e nome completo da mãe. Poderá ainda conter o sexo do paciente para aqueles nomes que sejam comuns aos dois sexos.

✓ **Paciente Neonatal referenciado:** nome completo da mãe sem abreviaturas, número do prontuário e data de nascimento que deve ser registrada no formato curto (DD/MM/AAAA) e sexo do RN quando ainda não tiver registro de nascimento ou o

nome for comum aos dois sexos. Este procedimento deverá ser feito em etiqueta zebra no ato da coleta do exame neste laboratório, seguindo para as seções de análise: Hematologia, Bioquímica, Uranálise, Coagulação e sorologias, até a emissão do laudo (vide protocolo de emissão de laudos).

5.PROTOCOLO DE HEMATOLOGIA

1.OBJETIVO

Descrever as etapas e requisitos necessários à rotina da realização do Hemograma e outros como: leucograma, eritrograma, dosagem de hemoglobina, hematócrito e contagem de plaquetas.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

Prescrição Médica de Exames – PME

4.MATERIAL UTILIZADO

- Analisador hematológico ABX MICROS 60;
- Tubo EDTA;
- Lâmina de vidro;
- Extensora;

- Corante panotico;
- Microscópio;
- Óleo de imersão.

5.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Iniciar a rotina, processando os controles no equipamento;
- Validar os controles de qualidade, manter registo de todo o processo;
- Amostra deve esta coletada com EDTA;
- Conferir identificação se está correta de acordo com cadastro do paciente
- Colocar a amostra para homogeneizar imediatamente (no homogeneizador de acordo com a sequência e urgência de análise);
- Cadastrar a amostra no equipamento usando a tecla ID;
- Passar amostra na agulha de amostragem quando já estiver pronta para receber a amostra;
- Aguardar retirada da agulha;
- Colocar amostra em estante disponível;
- Aguardar resultado impresso.

5. Avaliação microscópica da amostra

- Examinar as lâminas das amostras selecionadas após coloração;

- Utilizar-se dos microscópios do setor;

- Usar objetiva de 10X ou 40X a seco, a objetiva de 100X de imersão deve ser reservada para avaliação de inclusões, granulações citoplasmáticas etc;

- Avaliar a série vermelha focando campos da cauda da distensão onde os eritrócitos não se sobrepõem. Observar a forma, dimensão, coloração e empilhamento dos eritrócitos;

- Verificar se os dados numéricos do resultado fornecido pelos equipamentos de automação são comparáveis aos vistos ao microscópio;

- Avaliar as plaquetas quanto ao número e morfologia independentemente de terem sido solicitadas ou não.;

- Fazer a fórmula leucocitária percorrendo a lâmina ao longo da distensão junto à borda lateral da cauda, método em ameia (iniciar a contagem na borda lateral penetrando no corpo da lâmina em movimento zigue-zague) ou método em ameia modificado (contar dois campos perto e paralelos à borda da distensão, depois quatro campos em ângulo reto e dois campos paralelos à borda, e assim por diante);

- Contar 100 leucócitos classificando-os;

- Atentar para características morfológicas, tintoriais e atípicas;

- Observar a existência de eritroblastos, contá-los separadamente dos leucócitos relacionando-os com 100 leucócitos, corrigindo a contagem global de leucócitos se for o caso.

6. PROTOCOLO DE URANÁLISE

1.OBJETIVO

Manter o processo em funcionamento por meio da padronização e minimização de desvios na execução da atividade, ou seja, busca assegurar que as ações tomadas para a garantia da qualidade sejam padronizadas e executadas conforme o planejado.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.MATERIAL UTILIZADO

- Centrífuga;
- Fitas reagentes para uranálise;
- Tubos cônicos;
- Pipetas (10 microlitros);
- Ponteiras;
- Lamínulas;
- Câmara de Neubauer;
- Microscópio óptico.

4.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Ao receber a amostra, anotar no formulário para EAS os dados do paciente e as características físicas da urina como: cor, aspecto, densidade e Ph;
- Em seguida agitar a urina e transferir 12 ml para o tubo

cônico;

- Mergulhar a tira, completa e rapidamente com as almofadas para baixo na amostra de urina homogeneizada e não centrifugada, em seguida remover o excesso de urina encostando a borda da tira em papel absorvente;

- Comparar a cor da reação na tabela fornecida pelo kit, obedecendo ao tempo de reação de cada área e anotar os resultados (manter a fita reagente próxima ao gráfico de cores e ler sob uma iluminação adequada);

- Anotar os dados encontrados no formulário para EAS;

- Em seguida centrifugar a amostra do tubo cônico a 1500 rpm por 5 minutos;

- Após a centrifugação desprezar o sobrenadante e deixar uma quantidade uniforme de 0,25ml ou 0,5ml de sedimento que será ressuspendido por movimentos suaves ou pode homogeneizar por uma pipeta que servira para retirar a gota utilizada para análise;

- Transferir a gota de urina cerca de 10µl para câmera de Neubauer e realizar a leitura na objetiva de 40x.

5.PERIODICIDADE

N/A

6.RESPONSÁVEL(S)

Equipe de laboratório

6. PROTOCOLO DE LIBERAÇÃO DE LAUDOS

1.OBJETIVO

Padronizar emissão de laudos no laboratório de Análises Clínicas da unidade Ambulatorial, para interpretação pelo solicitante que contemplem liberações com restrições e retificações.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.MATERIAL UTILIZADO

- Equipamentos (Computadores e impressoras);
- Insumos (Papel, caneta, etiquetas, pastas e caderno).

4.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Responsabilidades

- Liberação do exame pelo técnico/Biomédico;
- Digitação do laudo por Biomédicos, técnicos ou auxiliares de laboratório;
- Revisão e assinatura de laudos por Biomédicos;
- Encaminhamento ao SESMT em até duas horas de laudos de testes rápidos de HIV realizado mediante Termo de Consentimento assinado;
- Arquivar os pedidos dos exames para que o responsável técnico do laboratório encaminhe os pedidos para arquivo juntamente com os termos de

autorização e com laudos brutos, junto com a identificação do profissional que realizou a coleta, realizou a análise e digitou o laudo;

- Os laudos de biópsias que são realizadas no laboratório de apoio são registrados no caderno de exames enviado ao Laboratório pelo técnico/Biomédico.

Situações de Testes Rápidos de HIV

- Digitação e liberação pelo biomédico responsável do resultado;

- Arquivar o pedido de laudos HIV positivo, em caso de ausência do Responsável Técnico em pasta preta para que seja solicitada a confirmação.

Entrega de Resultados

- Entrega do laudo para o médico assistente, se impresso, será entregue para pacientes ou acompanhantes com comprovante de identificação do acompanhante e protocolo.

Retificações de Laudos

- É de responsabilidade do Biomédico ou técnico responsável pela liberação retificar os laudos que forem liberados erroneamente;

- O laudo corrigido será liberado com a nota:

✓ Resultado do exame X foi revisado e retificado conforme a RDC 302/2005 e substitui o liberado anteriormente.

- As alterações realizadas em laudo após assinatura, ficam registradas e podem ser visualizadas na consulta realizada para visualização do laudo.

- O responsável pelo plantão entrará em contato com o médico assistente para comunicar a necessidade de retificação e avaliar o impacto na assistência do paciente;

- Cada laudo retificado deve ser registrado na planilha de retificação de laudos para análise de causa e definição de ações corretivas que evitem a recorrência da falha.

Observações no Laudo

- Informações analíticas que podem contribuir para o apoio e diagnóstico podem ser inseridas no laudo.

7.PROTOLO DE CRITÉRIOS PARA COMUNICACÃO DE RESULTADOS CRÍTICOS, CRITÉRIOS PARA ACEITAÇÃO, RESTRIÇÃO E REJEIÇÃO.

1.OBJETIVO

Padronizar, definir e estabelecer recomendações para Comunicação de resultados críticos, aceitação, restrição e rejeição de amostras biológicas.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

Prescrição Médica de Exames – PME

4.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Comunicação de Resultados Críticos

- Ao ser detectado um resultado crítico que implique em risco de morte para o paciente ou que requer intervenção médica imediata o médico do paciente deve ser imediatamente comunicado;

- O Laboratório deve registrar este procedimento e mensurá-lo no final de cada mês. Estes dados serão analisados e serão utilizados como indicador da Qualidade do Laboratório;

- A meta estabelecida para este Indicador será de 85% de sucesso de transmissão. Caberá ao coordenador técnico a análise dos dados e a todos os colaboradores do setor a análise das causas e estabelecer plano de ação caso a meta não seja atingida . Caberá a todos os colaboradores proporem acões de melhoria;

- O resultado só poderá ser transmitido ao Médico responsável pelo paciente;

- Ao transmitir o resultado crítico, o colaborador técnico deverá registrar em formulário o nome do Médico que recebeu a informação. Para se certificar que o resultado foi entendido, solicitar ao interlocutor que repita o resultado informado;

- Caso não se consiga contato com o médico, contatar o paciente ou seu responsável, informar que seus exames estão disponíveis.

Tipos de Amostra

Sangue colhido com EDTA, soro, plasma, líquidos corporais,

secreções em geral, sangue e urina.

Critérios Gerais de Aceitação

Não serão recebidas amostras com:

- Falhas de Identificação da Amostra;
- Falhas na PME, ou PME incompleta ou ilegível;
- Amostras incorretamente coletadas, (tubo errado) desrespeitando os procedimentos de Coleta estabelecidos em documento específico;
- Dados discordantes na etiqueta das amostras e PME;
- Temperatura, volume, conservação: fora das condições estabelecidas no Manual de exames;
- Amostras fora das condições de estabilidade;
- Amostras recebidas sem solicitação Médica de exame.

Outros motivos para rejeição de amostras

- Amostras hemolisadas, coaguladas, amostras coletadas em tubos impróprios para análise, volume insuficiente, lipêmicas, bilirrubinêmicas, deverão ser verificadas no momento da triagem e distribuição das mesmas;
- A conduta deverá ser sempre a de verificar antes da solicitação de recoleta se existe outro tubo/amostra que pode ser utilizado para realização do(s) exame(s) solicitado(s);
- Caberá ao Analista Clínico, Biomédico a decisão sobre a rejeição da amostra para análise;

- Hemolisadas: devem ser rejeitadas amostras hemolisadas (mesmo que discretamente hemolisadas) quando esta característica influenciar diretamente na realização do exame, como por exemplo para dosar CKMB, LDH e Potássio. A discreta hemólise tem pouca ou nenhuma interferência na maioria dos testes laboratoriais, já as amostras fortemente hemolisadas não devem ser recebidas e processadas. Para pacientes em observação caso o paciente se recuse a realizar a recoleta, ou esta não seja possível ou não autorizado pelo médico o procedimento de nova coleta, fazer constar no laudo a informação da caraterística da amostra: "Soro hemolisado (+), (++) ou (+++), interferindo nesta dosagem".

Toda amostra hemolisada, quando a nova coleta não é possível ou em caso de urgência médica, aceitar com restrição;

Lipêmicas: Lembrar que há doenças (dislipidemias) em que a qualidade do soro/plasma mostra esta característica e assim devem ser processadas . Quando possível, as amostras lipêmicas devem ser evitadas e então solicitado recoleta;

Bilirrubinêmicas: Esta característica não inviabiliza a amostra, apenas restringe a realização de alguns testes. Observa-se interferência negativa na dosagem da creatinina e alguma interferência nas provas de coagulação, então, fazer constar no laudo que a amostra se encontra com esta característica, liberando a informação em <cruzes> "Amostra ictérica (+), (++) ou (+++) podendo interferir nesta dosagem";

Amostras Coaguladas/ Coletadas em Tubos Impróprios /Volume Insuficiente;

Coaguladas ou coletadas em tubos impróprios: Contatar com o paciente explicando o motivo e reconvocando o mesmo a realizar recoleta. Para pacientes em observação, solicitar recoleta. Caso o paciente se recuse a realizar a recoleta, cancelar os exames do sistema e inserir em campo próprio o motivo do cancelamento;

Para amostras com pequeno volume: Explicar o motivo e reconvoca-lo para realizar recoleta. Caso não seja possível realizar a recoleta, sempre verificar antes da solicitação de recoleta a possibilidade de utilizar a amostra para realizar parte dos exames solicitados. Entrar em contato com o médico, informar sobre o volume pequeno e solicitar que ele indique qual (s) exame(s) é de maior importância para auxiliar no diagnóstico, então processar e liberar o(s) resultado(s).

Amostras aceitas com restrições

- O ideal é que a amostra não seja manipulada e seja coletada e enviada em tubo primário;
- Amostras enviadas em seringas. O recebimento será avaliado individualmente e caso aceito, a informação referente à restrição constará no laudo;
- Após a centrifugação e separação do soro ou plasma, o técnico verifica se a amostra está viável, ou seja, límpida, sem hemácias e sem hemólise acentuada;
- Qualquer que seja o grau de hemólise, lipemia, bilirrubinemia, esta característica deve ser reportada no laudo;
- Caso a amostra mostre alguma destas características, consultar o Analista Clínico do setor para saber da possibilidade de aceite ou rejeição da amostra.

Registro de amostras aceita sob restrição

- Toda amostra aceita sob restrição, além de constar no laudo a observação da característica da mesma, o analista deve registrar em formulário específico o nome do paciente, N° da amostra, características da amostra, e nome do profissional que aceitou a realização do exame.

Amostras destinadas à gasometria

- Por se tratar de exame de urgência, processar a análise da amostra e avaliar. Caso a gasometria arterial mostre parâmetros sugestivos de gasometria venosa ou vice/versa, entrar em contato com o médico assistente e informar sobre o resultado obtido. Liberar o resultado contendo a observação: "Parâmetros venosos" ou "Parâmetros

arteriais", à critério clínico repetiremos com nova coleta. Registrar a amostra em formulário específico de Amostras aceitas sob restrição.

Amostras de Urina

- Amostras que estiverem contaminadas com fezes e amostras destinadas a pesquisa de trichomonas coletadas em tempo superior a 60 minutos devem ser rejeitadas;

- Amostras com volume insuficiente;

- Amostras destinadas à urocultura recebidas no laboratório com prazo superior a 2 horas da coleta.

HEMATOLOGIA		
AMOSTRAS	**EXAMES**	**CRITÉRIOS**
Sangue total com EDTA	Hemograma	Presença de coágulos, lipemia ou hemólise intensa ou que não foram coletadas com EDTA.
Sangue com citrato trissódico dihidratado	TAP/TTPA	Amostra coletada em tubo que não contenha anticoagulante específico (Citrato de Sódio a 3,2%); Amostra com volume inferior a marca indicada pelo fabricante do tubo Citratado; Amostra coletada com o tempo superior a duas (2) horas.
BIOQUÍMICA		
AMOSTRAS	**EXAMES**	**CRITÉRIOS**
	Bilirrubina total e direta	
	Proteínas Totais e Fração	
	Albumina	
	Proteína C-Reativa	

Soro ou plasma com heparina	Glicose	Amostra hemolisada ou lipemia intensa. Amostra com quantidade insuficiente de sangue coletado;
	Amilase	
	Lipase	
	Fosfatase Alcalina	
	Transaminase Glutâmica-Oxalacética - TGO	
	Transaminase Glutâmica-Pirúvica – TGP	
	Ácido úrico	
	Lactado Desidrogenase	
	BHCG	
	CK, CKMB	
	Triglicérides	
	Uréia	
	Creatinina	
	Cálcio	
	Fosfatase alcalina	
	Cloreto	
	Potássio	
	Magnésio	
	lactato	
GASOMETRIA		
AMOSTRAS	**EXAMES**	**CRITÉRIOS**
Sangue arterial, venoso	Análise de gases no sangue	Coágulos por baixa concentração de heparina, presença de bolhas de ar e hemólise.
URANÁLISE		
AMOSTRAS	**EXAMES**	**CRITÉRIOS**
Urina	Uranálise Cultura	Volume insuficiente; Amostras colhidas com mais de uma hora.
SOROLOGIAS		
AMOSTRAS	**EXAMES**	**CRITÉRIOS**

Soro	HIV HCV HBSAg VDRL	Soro hemolisado ou lipêmico, sem solicitação médica assinada e carimbada; Volume inferior a 2ml

Capítulo V

Da Fisioterapia

1. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

1.OBJETIVO

Uniformizar a rotina de avaliação inicial do paciente durante a primeira abordagem realizada pelo fisioterapeuta a fim de desenvolver um plano apropriado de tratamento.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.MATERIAL UTILIZADO

- Uso de Precaução Padrão ou Precauções Específicas (contato, gotículas e aerossóis);
- Higienização das mãos antes e após procedimento com água e sabonete líquido;

- Usar gorro, luvas, capote (avental), máscara cirúrgica e óculos;
- Escala visual analógica de dor;
- Demais escalar com relação ao plano terapêutico (Borg, Glagow, etc.);
- Esfignomanômetro;
- Estetoscópio;
- Goniômetro;
- Oxímetro de pulso.

4.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienização das mãos antes e após procedimento com água e sabonete líquido;
- Procurar conhecer a história da doença atual (HDA) anteriormente ao primeiro contato com o paciente. Colher também a história da doença pregressa (HDP), familiar (HF), social e medicamentosa;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante informando sempre seu nome, profissão e procedimento a ser realizado;
- Vestir capote, se necessário e buscar contato visual e auditivo com paciente para definir a graduação de nível de consciência (ECG-Escala de Coma de Glasgow ou RASS – Richmond Agitation – Sedation Scale);
- Durante o primeiro contato com o (a) paciente, observar a monitorização do mesmo: frequência cardíaca , pressão arterial , saturação periférica de oxigênio ,frequência respiratória , sinais de desconforto respiratório cianose, presença de dispneia e temperatura;
- Observar a presença de dispositivos utilizados: ventilador mecânico , bomba de infusão, eletrocardiógrafo e outros;

- Despir e realizar a anamnese e inspeção do paciente observando: padrão respiratório, sinais de desconforto, frequência respiratória, presença de sondas, drenos, cateteres ou dispositivos de oxgenoterapia, ausculta pulmonar, coloração da pele, edema, hematomas, colostomia, gastrostomia, feridas ou cicatrizes, e outros;

- Realizar a palpação do paciente: trofismo, tônus muscular, temperatura, dor, edema (com ou sem cacifo), e outros;

- Caso paciente esteja acordado e colaborativo solicitar e avaliar movimentação ativa global a fim de avaliar funcionalidade/mobilidade articular e grau de força muscular. Ao contrário, realizar movimentação passiva para verificar eventuais limitações na amplitude articular e encurtamentos musculares;

- Registrar avaliação no prontuário do paciente.

2. .PROTOCOLO DE CINESIOTERAPIA MOTORA

1.OBJETIVO

- Aumentar a Amplitude de movimento (ADM) de articulações comprometidas;
- Aumentar flexibilidade e extensibilidade dos tecidos moles;
- Aumento da densidade mineral óssea ou retardo na desmielinização;
- Aumento da força dos tecidos conjuntivos;
- Diminuição da sobrecarga nas articulações durante atividade física;
- Diminuir os efeitos da imobilidade no leito;
- Melhora no equilíbrio;
- Melhorar o desempenho muscular;
- Manter força muscular;
- Modular a dor e tratar as disfunções articulares que limitam a amplitude de movimento (ADM);

- Prevenir a degeneração e os efeitos limitadores da imobilidade;
- Redução do risco de lesões nos tecidos moles durante as atividades físicas;
- Tratar a hipomobilidade articular reversível.

5.MATERIAL UTILIZADO

- Uso de Precaução Padrão ou Precauções Específicas (contato, gotículas e aerossóis);
- Uso de gorros, luvas, capote (avental), máscara cirúrgica e óculos;
- Escala visível analógica de dor;
- Goniômetro;
- Rolos de posicionamento.

6.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienização das mãos antes e após com água e sabonete líquido;
- Realizar anamnese prévia;
- Pacientes acamados com rebaixamento do nível de consciência, posicionar o paciente adequadamente na maca/tablado, mantendo o alinhamento da cabeça, tronco, quadril e membros inferiores (MMII) e realizar passivamente:

✓ Alongamento muscular global;
✓ Mobilização articular de cervical, membros superiores (MMSS), MMII;
✓ Descarga de peso articular global;
✓ Dissociação de cinturas;
✓ Cinesioterapia funcional com grandes músculos de MMSS e MMII;
✓ Posicionamento funcional.

Pacientes com movimentação ativa restrita por sequela neurológica ou acometimento ósteo-musculares

- Assistir o paciente na execução da conduta supra-escritas;
- Estimular a execução de exercícios isométricos para promover relaxamento, melhorar a circulação, diminuir a dor e o espasmo muscular;
- Estimular a elevação do quadril para promover descarga de peso nos MMII;
- Estimular a propriocepção articular dos membros afetados;
- Estimular o treino de equilíbrio nas diferentes posições;
- Em casos de dor: utilizar recursos terapêuticos para reduzir as tensões musculares e propiciar a analgesia;
- Executar os exercícios resistidos manualmente pelo fisioterapeuta para:
- Estimular a função;
- Aumentar a força muscular;
- Aumentar a resistência à fadiga;
- Incentivar e auxiliar o paciente na sedestação no leito ou poltrona;
- Estimular a deambulação do paciente quando possível, com o uso de órtese;
- Orientar o paciente e acompanhante a realizar os exercícios mais vezes ao dia.

Pacientes com movimentação ativa preservada

Realizar exercícios resistidos para:

- Estimular a função;
- Aumentar a força muscular;
- Estimular a deambulação do paciente quando possível, deixando-o no leito o menor tempo possível;

- Orientar o paciente e acompanhante a realizar os exercícios mais vezes ao dia;
- Associar a terapia motora a padrões ventilatórios;
- Orientar o paciente e acompanhante a realizar os exercícios mais de uma vez ao dia, considerando a intensidade e frequência de acordo com cada doença/situação especifica.

Capitulo VI

Da Fonoaudiologia

As ações de intervenção fonoaudiológica da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**.

se dão nas áreas de fala, linguagem oral e escrita, aspectos cognitivos, voz, motricidade orofacial (MO) incluindo as funções neurovegetativas: respiração, mastigação, deglutição e sucção.

Com a finalidade de descrição as ações foram divididas por áreas de atuação, porém na prática, sabe-se que existe uma atenção integral ao paciente incluindo um olhar sobre todos os seus aspectos de manifestações fonoaudiológicas, portanto caberão devidas avaliações e consequentes intervenções, de acordo com cada caso.

A demanda acolhida para atendimento fonoaudiológico na Policlínica restringe-se aos pacientes neurológicos de média e alta complexidade com as seguintes manifestações: disfasia (atraso na aquisição e no desenvolvimento da fala e da linguagem oral), afasias, alexia, agrafia, disartrias, apraxia da fala, alterações cognitivas no geral, disfagia orofaríngea neurogênica, disfonia ou afonia em decorrência de paresia e/ou paralisia de prega vocal, paralisia facial central e/ou periférica, alterações no sistema motor orofacial incluindo órgãos fonoarticulatórios e funções neurovegetativas, desde que seja de caráter neurológico.

Vale ressaltar que os pacientes não elegíveis para o atendimento fonoaudiológico, voltado para alta complexidade, são submetidos a triagem fonoaudiológica, devidas orientações e possíveis encaminhamentos, incluindo, quando necessário, encaminhamentos para fonoterapia em outro serviço que acolha a determinada demanda.

Áreas de atuação com seus respectivos objetivos

Deglutição

- Realizar avaliação funcional de deglutição: avalia-se a qualidade do processo de deglutição de alimentos em todas as consistências, secreções orais, saliva e medicações, desde a fase oral até o nível faríngeo;

- Realizar quando possível, a transição da alimentação por via alternativa (SNE ou gastrostomia) para a via oral, priorizando segurança e proteção das vias aéreas inferiores;

- Realizar o Blue Dye Test para deglutição juntamente com o setor de fisioterapia respiratória, conforme as condições do paciente, avaliando os aspectos estruturais, funcionais e de proteção de vias aéreas com a realização de manobras de facilitação de deglutição quando necessário;

- Realizar manobras posturais, de facilitação e de proteção das vias aéreas inferiores para deglutição segura;

- Realizar modificação na consistência alimentar;

- Orientar o paciente e cuidador quanto ao volume, consistência e forma e oferecimento da alimentação por via oral quando esta for possível;

- Gerenciar a disfagia orofaríngea neurogênica com deglutição assistida;

- Realizar estimulações passivas e exercícios ativos, com o objetivo de melhorar as estruturas estomatognáticas envolvidas no ato da alimentação;

- Realizar a estimulação direta da deglutição, com treino funcional utilizando-se de alimentos em diferentes consistências;

- Realizar eletroestimulação aplicada a disfagia orofaríngea neurogênica;

OBS.: quando a alimentação por via oral não for possível e colocar em risco a vida do paciente, discutir com a equipe multiprofissional e expor à família as vias alternativas possíveis à alimentação, explicando as vantagens e desvantagens de cada método e consequentemente realizar os encaminhamentos necessários a cada caso (SNE e/ou avaliação clínica para o procedimento de gastrostomia).

Respiração, mastigação e sucção

- Adequar tipo e modo respiratório;
- Estimular e adequar a sucção em bebês de risco, encaminhando quando necessário para seguimento com o fonoaudiólogo responsável no Ambulatório de Pediatria para possíveis intervenções quanto às dificuldades em aleitamento materno;
- Adequar a mastigação diante a limitação do paciente;
- Introduzir alimentos mais consistentes quando a criança apresentar dificuldades no processo de transição da alimentação;
- Inibir a presença de reflexos patológicos;
- Reabilitar alterações orofaciais (funções neurovegetativas e expressões faciais) decorrentes de paralisia facial central ou periférica.

Voz

- Adequar a produção vocal, favorecendo a coaptação das pregas vocais e/ou compensações glóticas em pacientes com paresia e/ou paralisia de pregas vocais em decorrência de alterações neurológicas;
- Promover saúde vocal aos pacientes de alta complexidade;

- Orientar os pacientes traqueostomizados ou com recente retirada quanto ao mecanismo de produção vocal.

Fala e Linguagem (oral e escrita)

- Avaliar as estruturas dos órgãos fonoarticulatórios, as habilidades de emissão e recepção oral, os aspectos suprassegmentares da fala como o ritmo e a prosódia, além das habilidades não-verbais de comunicação, como escrita, gestos indicativos e representativos, expressões corporais e faciais;

- Orientar o paciente, familiares e cuidadores sobre a forma de maximizar a comunicação de diferentes formas, bem como sua estimulação;

- Utilizar de exercícios passivos e/ou ativos para ampliar a inteligibilidade da fala, bem como todo sistema estomatognático;

- Estimular aspectos de linguagem oral e/ou gráfica, nos níveis de recepção e expressão;

- Desenvolver e treinar estratégias por meio da readaptação da linguagem oral ou do estabelecimento quando necessário de uma comunicação efetiva não-verbal, optando pelo uso de uma via alternativa de comunicação;

- Confeccionar materiais para uso terapêutico exclusivo do paciente, de acordo com o caso, para ser utilizado durante as sessões de fonoterapia e/ou atividades orientadas a serem desenvolvidas em casa.

Grupo de Estimulação Cognitiva

- Promover trocas de experiências entre os pacientes e seus familiares/cuidadores;

- Grupo promovido por uma equipe de profissionais (fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo) com o objetivo de reabilitar as funções cognitivas (memória, atenção, linguagem, processamento das informações, raciocínio lógico, dentre outros aspectos) de usuários adultos decorrentes de acometimentos neurológicos. Os atendimentos são semanais com duração da sessão de 30 - 50 minutos. São utilizados nas sessões de estimulação cognitiva: recursos gráficos, áudio-visuais, jogos educativos, materiais didáticos e de linguagem, atividades de vida diária e de vida prática, dentre outros.

Grupo de pacientes com Mal de Parkinson

- Realizar orientações aos pacientes, bem como sua família e/ou cuidadores quanto as manifestações fonoaudiológicas decorrentes da patologia e como proceder diante as limitações;

- Promover trocas de experiências entre os pacientes e seus familiares/cuidadores;

- Realizar exercícios ativos e passivos que promovam a adequação dos aspectos de fala (articulação), voz (prosódia e qualidade vocal), funções neurovegetativas (respiração) e expressões faciais, bem como o relaxamento da musculatura da região cervical e facial.

As ações realizadas no setor de fonoaudiologia são:

- **Triagem:** realiza-se por meio de entrevista com o paciente e/ou cuidador, a coleta de dados utilizando protocolo específico para levantar dados de identificação, história pregressa e atual, queixas e expectativas quanto ao atendimento e prognóstico. Antecede os demais procedimentos.

- **Avaliação Fonoaudiológica:** procedimento que utiliza protocolos específicos de avaliação de acordo com o caso apresentado para favorecer o diagnóstico fonoaudiológico e possibilitar a elaboração do plano terapêutico. Avalia-se a linguagem oral e escrita (expressão e compreensão), fala e articulação, qualidade vocal, aspectos cognitivos, estruturas estomatognáticas (postura, tônus, força muscular, mobilidade e

sensibilidade dos órgãos fonoarticulatórios) e funções neurovegetativas (mastigação, sucção, deglutição e respiração). Após esta é verificado a necessidade do enquadramento do paciente para atendimento fonoaudiológico e/ou orientações específicas, encaminhando a ficha ao setor de agendamento da policlínica.

- **Avaliação Funcional de Deglutição:** procedimento no qual se constitui na avaliação clínica da função de deglutição, para verificar a possibilidade de alimentação por via oral e/ou a necessidade da prescrição de via alternativa de alimentação (SNE ou gastrostomia), identificando a fase comprometida, gravidade, via de alimentação e hidratação adequada e segura, consistência e quantidade de alimentos e necessidade de manobras facilitadoras e de proteção das vias aéreas inferiores com o objetivo de minimizar os riscos de aspiração.

- **Devolutiva:** procedimento realizado com os pacientes e/ou familiares esclarecendo quanto aos achados fonoaudiológicos (diagnóstico e possível prognóstico) e também para repassar as informações quanto ao processo terapêutico.

- **Terapia Fonoaudiológica Individual:** procedimento que visa aplicar métodos, técnicas e/ou abordagens que recuperem ou melhorem a comunicação do paciente de acordo as suas limitações, assim como suas funções neurovegetativas. As sessões de reabilitação fonoaudiológica realizadas na policlínica são agendadas previamente de acordo com a necessidade de cada caso (uma ou duas vezes por semana), com duração de 50 minutos a sessão.

- **Orientações aos pacientes, família e/ou cuidadores:** procedimento no qual se desenvolvem estratégias para realizar orientações ao paciente e sua família e/ou cuidadores para efetivar o processo terapêutico desenvolvido durante as sessões de fonoterapia e atividades a serem realizadas em casa. Também são realizadas orientações específicas quanto ao quadro de manifestações fonoaudiológicas.

- **Grupo de Estimulação Cognitiva:** procedimento realizado por uma equipe de profissionais (fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional) com o objetivo de reabilitar as funções cognitivas de usuários adultos decorrentes de acometimentos neurológicos. Os atendimentos são semanais com duração de 30 – 50 minutos de duração.

- **Grupo de pacientes com Mal de Parkinson:** procedimento realizado pela fonoaudiólogo com o objetivo de informar aos pacientes e familiares sobre suas manifestações de âmbito fonoaudiológico, buscando também atenuar suas limitações

com as devidas intervenções específicas. Realiza-se também trocas de experiências entre os participantes e seus respectivos cuidadores.

- **Registro em prontuário:** procedimento realizado para registrar dados de triagem inicial, avaliação fonoaudiológica específica com diagnóstico e possível prognóstico, bem como a evolução diária do atendimento realizado. Na triagem fonoaudiológica, registra-se, como conduta, a elegibilidade do caso para atendimento fonoterápico, com seus respectivos objetivos a serem alcançados, direcionando o planejamento terapêutico. Todo procedimento de registro deverá ser datado e carimbado por seu profissional responsável.

3.PROTOCOLO DE TRIAGEM FONOAUDIOLÓGICA EM DISFAGIA

1.OBJETIVO

Identificar, precocemente, o grau de comprometimento de deglutição e risco de disfagia.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.MATERIAL UTILIZADO

- Luvas
- Máscara
- Touca
- Capote se necessário

4.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar busca ativa de pacientes que foram encaminhados ao setor, por meio da agenda;
- Coletar dados pessoais do paciente no prontuário;
- Realizar busca em prontuários, identificando pacientes com idade superior a 70 anos e/ou com patologias que apresentem risco iminente para disfagia.
- Obter informações a respeito da patologia que levou o paciente ao serviço de fonodiaológia;
- Realizar apresentação de profissional da Fonoaudiologia;
- Estabelecer vínculo paciente/profissional;
- Explicar objetivos da entrevista;
- Aplicar protocolo de triagem fonoaudiológica;
- Direcionar respostas do paciente para o raciocínio clínico;
- Reunir informações para definições das seguintes condutas: Monitoramento / Gerenciamento / Avaliação / Orientações/ Encaminhamento;
- Realizar evolução em prontuário.

41.AVALIAÇÃO DO RISCO PARA DISFAGIA

1.OBJETIVO

- Prevenir e reduzir complicações a partir do gerenciamento da deglutição;
- Definir o tipo de alimento e via preferencial de nutrição (VO ou via alternativa de alimentação) baseada em critérios clínicos com o objetivo de proporcionar a nutrição adequada e o conforto do paciente, promovendo segurança e reduzindo eventos adversos durante o processo;
- Diminuir reinternação hospitalar;
- Promover as adaptações e orientações adequadas, promovendo qualidade no cuidado do paciente.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- A disfagia pode ser definida como a dificuldade em deglutir o alimento no trajeto da cavidade oral até o estômago, condição esta que pode se associar a sintomas como regurgitação, aspiração traqueobrônquica, dor retroesternal independente de esforço físico (relacionada ou não à alimentação), pirose, rouquidão, soluço e odinofagia;
- Pode ser decorrente de traumas de cabeça e pescoço, de acidente vascular encefálico, de doenças neuromusculares degenerativas, de câncer de cabeça e pescoço, encefalopatias e pelo processo do envelhecimento;
- A disfagia mais frequentemente reflete problemas envolvendo a cavidade oral, faringe, esôfago ou transição esofagogástrica. A disfagia pode resultar na entrada de alimento na via aérea, resultando em tosse, sufocação/asfixia, problemas pulmonares e aspiração. Também, gera déficits nutricionais, desidratação com resultado em perda de peso, pneumonia e morte;
- A disfagia está associada ainda a queda na qualidade de vida, pneumonia aspirativa, desidratação, desnutrição e isolamento social;
- Diretrizes clínicas recomendam a identificação precoce do risco de disfagia e, neste sentido, o uso de instrumentos para seu rastreamento representa alternativa prática, de baixo custo e que permite identificar precocemente os casos em que uma avaliação mais detalhada é necessária.

4.MATERIAL UTILIZADO

- Luvas de procedimento;
- Máscara;
- Touca;
- Capote se necessário;
- Copo descartável;

- Lanterna;
- Gazes;
- Espátula;
- Estetoscópio;
- Oxímetro de Pulso;
- Seringa;
- Dieta teste;
- Colher descartável;
- Canudo.

5.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a estabilidade clínica do paciente (sinais vitais, quadro respiratório), nível de alerta, possibilidade de ser posturado adequadamente na maca ou poltrona;
- Verificar a existência de fatores que contraindiquem a avaliação fonoaudiológica no momento;
- Munir-se dos materiais necessários para avaliação, sendo estes: capote (se paciente em isolamento de contato), gorro, máscara, luvas de procedimento, estetoscópio, oxímetro de pulso, lanterna, gazes, espátula, dieta teste, seringa, colher, copo, canudo (escolher o utensílio de acordo com as possibilidades do paciente);
- Posicionar o paciente adequadamente;
- Realizar uroscopia;
- Avaliar a existência e eficiência dos reflexos protetivos e patológicos;
- Realizar avaliação de órgãos fonoarticulatórios (mobilidade, tônus e sensibilidade extra e intraoral);
- Realizar ausculta cervical em repouso;
- Ofertar dieta ao paciente, na consistência e volume considerados mais seguros, conforme os achados da avaliação estrutural (líquido, líquido pastoso, pastoso, semissólido ou sólido, nos volumes 1, 3, 5, 10ml ou pedaço/gole livre), observando a dinâmica das fases preparatória, oral e faríngea e realizando ausculta cervical antes, durante e após a deglutição;

- Verificar a ocorrência de alteração do quadro respiratório, tosse/engasgo, desconforto ou demais sinais sugestivos de penetração laríngea/aspiração traqueal, interrompendo a avaliação em caso positivo;
- Definir a hipótese diagnóstica fonoaudiológica, classificando a disfagia do paciente segundo a gravidade e na escala funcional de ingesta oral;
- Definir a conduta fonoaudiológica;
- Preencher a ficha de avaliação fonoaudiológica, anexando-a ao prontuário do paciente;
- Realizar evolução em prontuário;
- Realizar devolutiva e orientações ao paciente, acompanhante (s), equipe médica e equipe assistencial.

6.RESPONSÁVEL(S)

Fonoaudiológo.

4. PROTOCOLO DE AVALIACÃO DE LINGUAGEM NO PACIENTE NEUROLOGICO

1.OBJETIVO

Padronizar o processo e protocolo de avaliação da linguagem nos pacientes adultos e idosos.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- AVEI – Acidente Vascular Encefálico Isquêmico;

- AVEH - Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico;
- TCE – Traumatismo Crânio Encefálico;
- A comunicação é uma atividade mediada pela linguagem, habilidade cognitiva dependente da integridade de mecanismos fisiológicos e estruturas cerebrais;
- Em decorrência de lesões cerebrais (AVEI, AVEH, TCE, Doenças neurodegenerativas), podem ocorrer episódios de alteração de linguagem, descritos como afasia. A afasia é descrita como a alteração na expressão e/ou compreensão da linguagem;
- As afasias têm um amplo espectro de manifestações, com variação no grau de distúrbio de compreensão ou de emissão da linguagem e acometimento de diferentes vias do processamento linguístico. São classificadas, conforme suas características clínicas, em dois grandes grupos: motoras e sensitivas;
- Considerando o número de pacientes admitidos na unidade com quadros de alteração de linguagem, faz-se fundamental a estruturação do atendimento ao paciente afásico a fim de promover as adaptações e orientações adequadas, reduzindo os custos e promovendo qualidade comunicativa do paciente;
- Neste contexto, o fonoaudiólogo é o profissional habilitado a conduzir a avaliação da linguagem em sua integralidade, bem como identificação e classificação dos casos de afasia;
- No ambiente ambulatorial, considerada sua inserção multidisciplinar, é papel do fonoaudiólogo realizar a triagem de linguagem, com o objetivo de iniciar o atendimento precoce e auxiliar nos mecanismos de comunicação do paciente com o familiar e equipe, amenizando os comprometimentos e formulando estratégias para que ele possa manifestar seus pensamentos, necessidades e sentimentos.

4.MATERIAL UTILIZADO

- Luvas;
- Máscara;
- Touca;
- Capote (se o paciente for precaução de contato);
- Lista de palavras para repetição;
- Álbum de figuras.

5.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Acolher paciente e familiar no consultório;
- Verificar a existência de fatores que contraindiquem a avaliação fonoaudiológica no momento (Conversar com equipe de enfermagem e médico responsável);
- Conferir prontuário do paciente, colhendo informações importantes;
- Apresentar-se o paciente e ao acompanhante;
- Questionar se o paciente faz uso de mecanismos de correção sensorial utilizados por ele na rotina: óculos, aparelho de amplificação sonora individual, próteses dentárias etc.;
- Reduzir o número de detratores no momento da avaliação (ruídos, outros procedimentos, presença de outros profissionais simultaneamente etc.);
- Iniciar avaliação com item de compreensão oral;
- Avaliada em três aspectos, quanto à compreensão oral de palavras, ordens simples e ordens complexas. O profissional deverá solicitar que o paciente execute o comando conforme o aspecto avaliado;
- Avaliação item de expressão oral: Serão avaliadas as atividades de nomeação, repetição, fala automática e fala espontânea;
- Ao final, a triagem deverá ser analisada e levantada hipótese diagnóstica do tipo de afasia;
- Os resultados obtidos deverão ser registrados na ficha de evolução fonoaudiológica e anexados no prontuário do paciente;
- Realizar devolutiva e orientações ao paciente, acompanhante (s), equipe médica e equipe assistencial.

4. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FRENULO LINGUAL

1.OBJETIVO

Estabelecer, sistematizar e padronizar os procedimentos para a realização da avaliação de frênulo lingual aplicadas ao RN.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- A Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014 determina a realização do Protocolo de avaliação do frênulo de língua em bebês, também conhecido como Teste da Linguinha. O Ministério da Saúde por meio da nota técnica nº 09/2016 orienta a identificação de casos graves de anquiloglossia ainda na unidade de nascimento, tendo em vista seu potencial de interferência sobre a amamentação e futuramente sobre o desenvolvimento de linguagem;
- A avaliação visa identificar a anquiloglossia, que é uma anomalia congênita. Esta ocorre quando uma pequena porção de tecido embrionário, que deveria ter sofrido apoptose durante o desenvolvimento, permanece na face ventral da língua. Dessa forma, a anquiloglossia caracteriza-se por um frênulo lingual anormalmente curto que pode restringir, em diferentes graus, os movimentos da língua.

4.MATERIAL UTILIZADO

- Luvas de procedimento;
- Máscara descartável;
- Touca descartável;
- Gazes.

5.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Dirigir-se ao recém-nascido;
- Coleta de informações com a mãe sobre amamentação;
- Colocar equipamentos de proteção individual (luvas);
- Posicionar o Recém-nascido no berço/maca, gentilmente realizar abertura da boca, inspecionar a cavidade oral, visualizar o frênulo lingual por meio da elevação das margens laterais da língua com os dedos indicadores, observar os seguintes aspectos: aparência da ponta de língua, fixação do frênulo no alvéolo inferior, protrusão da língua sobre a gengiva e elevação da língua durante o choro com a boca aberta, de acordo com o protocolo de Triagem Neonatal;
- Apresentar à mãe/responsável legal, devolutiva acerca dos aspectos observados;
- Em caso de alterações, realizar encaminhamento e orientações à mãe/responsável legal, quanto ao acompanhamento na rede básica de saúde, nos casos de Anquiloglossia duvidosa ou moderada;
- Discussão dos resultados com equipe multiprofissional se necessário;
- Registro no Prontuário.

5.RESPONSÁVEL(S)

Fonoaudiológo.

5. PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO ALEITAMENTO MATERNO E PEGA ADEQUADA

1.OBJETIVO

- Incentivar e promover o aleitamento materno exclusivo (quando possível);
- Estímulo do vínculo afetivo mãe-bebê;

- Promoção e defesa contra infecções;
- Estimular o desenvolvimento craniofacial adequado do RN.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

A amamentação impacta potencialmente na saúde das pessoas. Tanto a mulher que amamenta quanto o bebê que recebe leite materno são beneficiados de maneira significativa não só no período da amamentação como ao longo de toda a vida;

A dificuldade mais comum no período da descida do leite é o ingurgitamento mamário, acúmulo de leite nas mamas, ocasionando dor e aumento de volume. O leite torna –se viscoso, o que dificulta sua saída. Isto ocorre devido à sucção ineficaz, mamadas infrequentes, excesso de produção láctea, técnica de amamentação incorreta. O ingurgitamento mamário e as fissuras mamilares são fatores que, frequentemente, levam ao desmame precoce;

Diante deste cenário, é muito importante priorizar a assistência especializada no pós-parto imediato. A fonoaudiologia, compondo a equipe multidisciplinar, tem um papel fundamental neste processo. Cabe ao fonoaudiólogo orientar sobre o envolvimento da musculatura orofacial no aleitamento materno, advertindo quanto aos prejuízos e consequências do uso de bicos artificiais; avaliar estruturas orofaciais do bebê, posição de língua, lábios e bochechas, sucção, pega, postura e posicionamento, anatomia e condições das mamas.

4.MATERIAL UTILIZADO

- Luvas de procedimento;
- Máscara descartável;
- Touca descartável;
- Gazes.

5.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar documento de encaminhamento ao serviço quando houver;
- Apresentar-se a mãe e explicar a importância do aleitamento materno;
- Colocar equipamento de proteção individual (luvas);
- Orientar a mãe a escolha de uma posição confortável;
- Posicionar o RN adequadamente;
- Posicionar a boca do RN de frente para o bico do peito;
- Levar o bebê até o peito da mãe, para que ele possa abocanhar toda aréola;
- Colocar a maior parte da aréola dentro da boca;
- O queixo do RN deve tocar o peito da mãe. Observar a pega adequada;
- Orientar a mãe que o seio materno deve ser oferecido em livre demanda;
- Orientar puérpera a iniciar a próxima mamada com o seio que o bebê não sugou ou esvaziou totalmente por último;
- Orientar a mãe, que o RN deve soltar sozinho o seio materno. Caso seja necessário interromper a mamada, mãe deve colocar a ponta do dedo mindinho no canto da boca do bebê delicadamente;
- Ao término da mamada, orientar a mãe a colocar o RN, apoiando a cabeça do bebê no ombro e realizando uma leve massagem nas costas ou colocar o bebê sentado e inclinado para frente com as pernas flexionadas, apoiado em seu braço;
- Orientar a colocar o RN de lado no berço, a fim de permitir que se houver secreções ainda presentes, estas sairão sem causar riscos;
- Registro no Prontuário.

Capítulo VII

Da Terapia Ocupacional

O serviço de Terapia Ocupacional da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** será responsável pelo atendimento de pacientes/clientes/usuários oriundo do processo de regulação estadual com demanda terapêutica ocupacional nas seguintes situações: atendimento individual para reabilitação adulto e pediátrica; atendimento grupal (por exemplo, grupo de estimulação cognitiva, grupo de amputados e grupo para pacientes com dor crônica).

As ações desenvolvidas pelo serviço de Terapia Ocupacional têm como objetivo a restauração do desempenho funcional dos indivíduos, em busca da redução do impacto de uma condição de saúde na realização de atividades e participação em situações reais de vida (AOTA, 2014).

Os pacientes/clientes/usuários atendidos no serviço de Terapia Ocupacional abrangem adultos e crianças que apresentem deficiência motora, cognitiva, e/ou percepto-sensorial e incapacidade resultante de condições de saúde neurológicas (acidente vascular encefálico, traumatismo crânio encefálico, traumatismo raquimedular, paralisia cerebral, mielomeningocele, distrofias musculares, neuropatias, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e outros); traumato-ortopédicas (fraturas, lesões tendíneas. Lesões nervosas, distúrbios osteomusculares, amputação e outras); ou reumatológicas (artrite reumatóide, osteoartrite ou osteoartrose, e outras).

O marco legal que dá suporte às ações do serviço de Terapia Ocupacional da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** é a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência voltada para a inclusão de pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar um processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil (BRASIL, 2010).

De forma a nortear o raciocínio clínico e a atuação prática dos terapeutas ocupacionais, as decisões clínicas são pautadas no modelo teórico da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) publicada em 2001

pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que apresenta uma perspectiva biopsicossocial, concebendo a funcionalidade e incapacidade humana como uma interação dinâmica entre o indivíduo com uma condição de saúde e os fatores contextuais – pessoais e ambientais (OMS, 2008).

1. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

1.OBJETIVO

Padronizar as atividades do serviço de Terapia Ocupacional.

2.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Triagem Terapêutica Ocupacional

- Realizar a acolhida do paciente;
- Apresentar-se ao paciente/familiar;
- Verificar a necessidade de atendimento terapêutico ocupacional e /ou a necessidade de prescrição de OPMES;
- Definir conduta;
- Registrar a triagem em prontuário;
- Encaminhar para outros serviços quando for necessário.

Avaliação Individual

- Realizar a acolhida do paciente;
- Apresentar-se ao paciente/familiar;
- Realizar entrevista inicial com paciente e/ou acompanhante;
- Aplicar avaliação padronizada.

Para pacientes adultos são utilizados os seguintes instrumentos/medidas de avaliação

I - Medida Canadense de Desempenho Ocupacional – COPM (LAW et al, 2009);

II - Perfil de Saúde de Nottingham – PSN (TEIXEIRA-SALMELA et al, 2004);

III - Escala de Participação – PE (VAN BRAKEL et al, 2006);

IV - Instrumento de Avaliação de Incapacidade II – WHODAS II (WHO, 2000);

V - Medidas de avaliação de estrutura e função do corpo como goniometria, perimetria, dinamometria para força de preensão, teste manual de força muscular (RODRIGUES; ALVES, 2007).

Para pacientes pediátricos são utilizados os seguintes instrumentos/medidas de avaliação

I - Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade – PEDI (MANCINI, 2005);

II - Histórico Lúdico de Takata (BRYZE, 2002);

III - Perfil Sensorial de Dunn (DUNN, 1999);

IV - Teste de Entretenimento de Bundy (BUNDY, 2002);

V - Escala Lúdica Pré-Escolar de Knox (KNOX, 2002);

VI - Teste de Desenvolvimento de Denver (BONNER, B.; MILLING, L.; WALKER, 984);

VII - Avaliação do Nível de Desenvolvimento Físico da Criança (WENER, 1994);

VIII - Avaliação do Nível de Desenvolvimento Mental e Social da Criança (WENER, 1994);

IX - Avaliação do Progresso de Criança acima de 5 Anos (WENER, 1994);

X- Definir conduta e plano terapêutico ocupacional segundo recomendações da associação;

XI - Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2014).

XII - Registrar a avaliação em prontuário.

Atendimento Individual

- Realizar atendimento conforme plano terapêutico ocupacional previamente estabelecido, observando horário de início e término do mesmo;

- Os atendimentos individuais são desenvolvidos seguindo o Continuo de Tratamento no Contexto do Desempenho Ocupacional proposto por Pedretti e Early (2004) que define quatro níveis de intervenção, a saber:

I - Nível I – métodos auxiliares: procedimentos preliminares que preparam o paciente para o desempenho ocupacional;

II - Nível II - atividades habilitadoras: dispositivos e métodos

que estimulam atividades com propósito;

III - Nível III – atividades com propósito: uso de atividades da rotina diária relevantes e significativas;

IV - Nível IV – ocupações: realização de atividades diárias, produtivas ou de lazer em seu ambiente natural ou dentro da comunidade.

- Assinar e carimbar ficha de atendimento do paciente.

Prescrição de Cadeira de Rodas e Adequação Postural

- Solicitar prontuário no setor de arquivo do CR;
- Realizar avaliação do paciente e suas necessidades para definir o equipamento adequado e realizar as medidas;
- Emitir parecer com justificativa de solicitação de uso de equipamento.

Capítulo VII

Da Farmácia

1. PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE PRODUTOS NA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO

1.OBJETIVO

Estabelecer procedimento padrão para o recebimento de medicamentos e insumos farmacêuticos.

2.APLICABILIDADE

Setor CAF

3.SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico;
- NF – Nota Fiscal;
- CNPJ – Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica.

4.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- A guarita liga na CAF para avisar que a entrega chegou, o farmacêutico ou assistente de farmácia atende o entregador onde recebe a nota fiscal e confere com o número do pedido da nota fiscal com o pedido que está anexado na plataforma digital de compras;
- Deve se atentar aos seguintes detalhes: NF – Deve conter contrato de gestão, número do pedido, endereço, CNPJ, produto, quantidade, descrição correta, valor e prazo de 15 a 30 dias;
- Material: Conferir descritivo do produto, tamanho ou modelo, quantidade, preço unitário e total;

- Medicamento: conferir nome do princípio ativo, forma farmacêutica, concentração, volume da embalagem, quantidade, data de validade (deve ser maior do que 12 meses), preço unitário e total;

- Acondicionar os produtos na área de "Recepção de Produtos";

- Conferir se os produtos recebidos (descrição, lote, validade) são iguais ao da Nota Fiscal, observando também bom estado de conservação (identificação, integridade, segurança);

- Atestar recebimento da NF com data de recebimento, assinatura e carimbo;

- Dispensar transportadora através do formulário de "Autorização para Saída na Portaria da Guarita";

- Registrar entrada no Sistema de Gestão Hospitalar;

- Fazer avaliação de recebimento.

2. PROTOCOLO UNITARIZACÃO DE COMPRIMIDOS

1.OBJETIVO

Elaboração de um procedimento padrão para a unitarização de comprimidos, ou seja, é o processo de embalar e identificar os comprimidos para serem administrados ao paciente de maneira personalizada e segura, em dose única.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico;
- EPI's - Equipamento de Proteção Individual.

4.MATERIAL UTILIZADO

- Etiquetas adesivas;
- Sacos Plásticos (4,5x4,5);
- Tesoura;
- Computador;
- Impressora Zebra;
- EPI's;
- Seladora.

5.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Primeiramente ir em RELAÇÃO DE ETIQUETA DE PRODUTOS – Colocar o estoque da CAF – Inserir o código do Produto que será manuseado – Selecionar a UNIDADE – LOTE – QUANTIDADE – Imprimir etiquetas;
- Identificar os saquinhos onde será colocado a medicação com as etiquetas impressas;
- Cortar os blisteres separando os comprimidos. Colocar cada comprimido em um saquinho (já identificado anteriormente com princípio ativo, lote, data de validade, fabricação do medicamento e responsável técnico);
- Os saquinhos devem ser selados (na seladora);

- Os comprimidos já embalados são armazenados em caixas tipo bins com a identificação do nome do produto e código.

3. PROTOCOLO DE FARMACOVIGILÂNCIA

1.OBJETIVO

Padronizar em procedimento para executar os processos de farmacovigilância dentro da unidade.

2.APLICABILIDADE

Farmácia;

3.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Farmacêutico recebe as notificações (podem serem feitas pela equipe de enfermagem, médicos e farmacêuticos) sobre prováveis reações adversas relacionadas aos medicamentos dispensados pela farmácia aos pacientes atendidos;
- Farmacêutico observa se esse evento já foi informado anteriormente.
- Farmacêutico avalia prontuário, investiga sobre informações adicionais sobre possível reação;
- A respeito da reação adversa farmacêutico analisa se é provável, passível, duvidosa e se é grave, leve ou intermediária;
- É preenchido um Relatório de Farmacovigilância, com todos os dados preenchidos, e comunicado ao NOTIVISA.

4.PROTOCOLO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS

1.OBJETIVO

Elaboração de procedimento padrão da lista de Medicamentos Potencialmente Perigosos da unidade de acordo com a lista de medicamentos de alta vigilância da ANVISA e estabelecer recomendações para prevenção de riscos de erros de medicação.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico.

4.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Farmacêutico: Estabelecer e divulgar a lista dos medicamentos potencialmente perigosos na instituição de saúde. Padronizar a dispensação e armazenamento. Os medicamentos potencialmente perigosos são armazenados em lugar distinto na farmácia, sinalizado com fita vermelha;

- Orientar a utilização de etiquetas auxiliares com cores ou sinais de alerta diferenciados nas embalagens. Os bins são sinalizados contendo etiquetas de caveira, e cada ampola está sinalizada com etiqueta vermelha;

- Implantar práticas de dupla checagem na dispensação. Todas as medicações potencialmente perigosas são separadas do restante do kit do paciente, elas são lacradas separadamente;

- Limitar o número de apresentações e concentrações disponíveis, particularmente de anticoagulantes, opiáceos e insulinas.

- Fornecer e melhorar o acesso à informação sobre estes medicamentos com educações continuadas;

- Utilizar indicadores para gerenciamento dos erros de medicação;

- Incorporar alertas de segurança nos sistemas informatizados de prescrição e dispensação. O farmacêutico sinaliza nas prescrições todas as medicações potencialmente perigosas no momento da triagem;

- Assistente de Farmácia: Etiquetar todas as ampolas dos medicamentos potencialmente perigosos com a etiqueta especialmente desenvolvida para esses medicamentos na cor vermelha e contendo informações como lote, validade, princípio ativo e nome do farmacêutico responsável. Montar o kit do paciente com os medicamentos potencialmente perigosos separados do restante das medicações do kit.

5.PROTOCOLO DE TECNOVIGILÂNCIA

1.OBJETIVO

Padronizar um procedimento para executar tecnovigilância na unidade ambulatorial.

2.APLICABILIDADE

Todos os Setores da Unidade Ambulatorial.

3.MATERIAL UTILIZADO

- Caneta;

- Ficha de Notificação de Queixas.

4.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Setor identifica desvio de qualidade do produto;
- Após identificação de desvio de qualidade do produto, setor preenche ficha técnica;
- Setor notificante envia ficha de queixa técnica preenchida para a farmácia;
- Farmácia identifica se é desvio de qualidade do produto ou um erro de descrição;
- Em caso de erro de descrição, melhorar descrição do produto;
- Em caso de desvio de qualidade, notifica fornecedor sobre o ocorrido;
- Decide se vai suspender o uso do produto ou continuar utilizando;
- Em caso de suspensão do produto, notifica no VigiMed.

Capítulo VIII

Da Nutrição

3..PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1.OBJETIVO

Padronizar as atividades realizadas pela equipe da Nutrição da Policlínica.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3.MATERIAL UTILIZADO

- Balança;
- Estadiômetro;
- Fita antopometrica.

3.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar a acolhida e se apresentar ao paciente;
- Realizar triagem nutricional quando pertinente;
- Realizar Anamnese de acordo com as especificidades de cada especialidade;
- Aplicar Avaliação Subjetiva Global (ASG);
- Realizar avaliação antropométrica;
- Realizar avaliação por bioimpedância quando necessário;
- Solicitar e/ou verificar exames bioquímicos;
- Realizar diagnóstico nutricional;
- Calcular necessidades nutricionais;
- Registrar avaliação em prontuário;
- Fazer acompanhamento de acordo com a necessidade;
- Realizar orientação nutricional.

Procedimentos de avaliação antropométrica para Adulto

Avaliação do Peso

Em pacientes que deambulam o peso deve ser aferido em pé, em balanças calibradas, da seguinte maneira:

- ✓ Tarar (zerar) a balança;
- ✓ Paciente descalço, braços estendidos ao longo do corpo, peso igualmente distribuído entre os pés e calcanhares juntos;
- ✓ Preferencialmente pesar os pacientes em jejum e após urinar;
- ✓ Pesar com roupa, ou com o mínimo de roupa possível.

Pacientes adultos que não deambulam, o peso deve ser avaliado por estimativa, seguindo as seguintes fórmulas, tabela abaixo

Estimativa de Peso – Fórmula 1
Feminino Negro 19-59 anos = (AJx1,24) + (CBx2,97) – 82,48
Feminino Negro 60-80 anos = (AJ x1,50) + (CBx2,58) – 84,22
Feminino Branco 19-59 anos = (AJx1,01) + (CBx2,81) – 66,04
Feminino Branco 60-80 anos = (AJx1,09) + (CBx2,68) – 65,51
Masculino Negro19-59 anos = (AJx1,09) + (CBx3,14) – 83,72
Masculino Negro 60-80 anos = (AJx0,44) + (CBx2,86) – 39,21
Masculino Branco19-59 anos = (AJx1,19) + (CBx3,14) – 86,82
MasculinoBranco 60-80 anos = (AJx1,10) + (CBx3,07) – 75,81

Fonte: Chumlea WC, Guo S, Roche AF, 1988

Onde: AJ = altura do joelho (cm)

CB = circunferência do braço (cm)

Estimativa de Peso – Fórmula 2
P = 0,5759 (CB) + 0,5263 (CA) + 1,2452 (CP) – 4,8689 (S) – 32,9241

Fonte: Rabito EL, Vannucchi GB, Suen VMM, Castilho Neto LL, Marchini JS, 2006

Onde: P= peso (kg)

CB=circunferência do braço (cm)

CA = circunferência abdominal (cm)

CP= circunferência da panturrilha (cm)

S= sexo (masculino = 1 e feminino = 2)

Para pacientes amputados e/ou com edema, o peso deve ser descontado de acordo com as tabelas 3 e 4

Porcentagens de Peso correspondente a cada segmento do corpo	
Membro Amputado (unilateral)	***Percentual de peso***
Mão	0,7
Antebraço	1,6
Antebraço + mão	2,3
Braço	2,7
Membro Superior (Mão+ antebraço + braço)	5,0
Pé	1,5
Perna	4,4
Perna abaixo do joelho + pé	5,9

Coxa + Joelho	10,1
Membro inferior (Pé + perna + coxa)	16

Fonte: Adaptado de Dempster 1995 e Clauser 1969

Fonte: Matarene, LE, 1997.

Avaliação da Estatura

Em pacientes que deambulam a estatura deve ser aferida da seguinte maneira:

- Paciente deve estar descalço;
- Com braços estendidos ao longo do corpo;
- Peso igualmente distribuído entre os pés;
- Calcanhares juntos;
- Parte superior da cabeça deve tocar a haste vertical do estadiômetro;
- Cabeça deve-se manter-se ereta, com olhar para o horizonte, e o paciente deve inspirar profundamente.

Peso descontado no Edema		
Edema	***Localização***	***Excesso de Peso Hídrico***
1+/++++	Tornozelo	1 kg
2+/++++	Joelho	3 a 4 kg
3+/++++	Raiz da Coxa	5 a 6 kg
4+/++++	Anasarca	12 kg

Em pacientes que não deambulam deve estimar a estatura através da estatura recumbente, onde o comprimento do indivíduo deitado é aferido, medindo do pé até o topo da cabeça com fita antropométrica, ou através da fórmula da tabela abaixo:

Fonte: Chumlea, WC; Roche, AF; Steinbaugh, ML. 1985.

Onde: AJ= altura do joelho (cm)

I = idade (anos)

E = estatura (cm)

A classificação do peso e estatura dos pacientes dá-se através do Índice de Massa Corporal (IMC), descrito na tabela a seguir:

Estimativa de Estatura
Feminino: E = 84,88 – (0,24 - I) + (1,83 – AJ)
Masculino: E= 64,19 – (0,04 - I) + (2,02 – AJ)

Classificação do estado nutricional segundo IMC para idosos.

Classificação do estado nutricional segundo IMC para adultos	
Classificação	***IMC (kg/m²)***
Magreza grau III	<16
Magreza grau II	16 a 16,9
Magreza grau I	17 a 18,4
Eutrofia	18,5 a 24,9
Pré-obesidade	25 a 29,9
Obesidade grau I	30 a 34,9
Obesidade grau II	35 – 39,9

Obesidade grau III	>40

Fonte: World Health Organization (WHO – Organização Mundial de Saúde (OMS),2005.

Fonte: Lipschitz, DA.,2005

Avaliação da Circunferência da Cintura (CC)

A medição deve ser realizada utilizando fita antropométrica não extensível com paciente em pé e com os pés juntos. A fita deve circundar o indivíduo no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. A leitura deve ser realizada no momento da expiração.

Esta medida está associada a complicações metabólicas relacionadas a obesidade. A classificação de risco está descrita na tabela abaixo:

Classificação do estado nutricional segundo IMC para idosos	
Classificação	***IMC (kg/m²)***
Desnutrição	<22
Eutrofia	22 a 27
Obesidade	>27

Risco de Complicações Metabólicas Relacionadas a CC		
Risco	***CC (cm) Homens***	***CC (cm) Mulheres***
Aumentado	>94	>80
Muito aumentado	>102	>88

Fonte: WHO,2000

Avaliação da Circunferência do Braço (CB)

A circunferência do braço (CB), deve ser realizada no braço não dominante. O ponto médio entre a acrômio e o olécrano deve ser realizado com o braço em

posição de 90º e a medição com o braço relaxado. A avaliação deve ser realizada de acordo com os pontos de corte descritos nas tabelas abaixo.

15,0-15,9	20,1	21,3	22,2	23,5	26,2	29,2	30,9	32,1	33,9
16-16,9	20,3	21,6	22,5	23,8	26,6	29,6	31,3	32,5	34,4
17,0-17,9	20,3	21,6	22,5	23,9	26,6	29,6	31,4	32,6	34,5
18,0-18,9	20,3	21,6	22,5	23,9	26,7	29,8	31,6	32,8	34,8
19,0-19,9	20,5	21,8	22,7	24,0	26,8	29,8	31,5	32,8	34,7
20,0-29,9	21,4	22,7	23,7	25,2	28,1	31,4	33,3	34,6	36,7
30,0-39,9	23,1	24,6	25,6	27,1	30,3	33,7	35,7	37,1	39,3
40,0-49,9	24,2	25,6	26,6	28,2	31,4	34,8	36,8	38,2	40,4
50,0-59,9	24,4	25,9	27,0	28,6	31,9	35,4	37,5	38,9	41,2
60,0-69,9	24,3	25,7	26,7	28,3	31,4	34,7	36,7	38,1	40,1
70,0-79,9	23,1	24,5	25,4	26,9	29,9	33,1	35,0	36,3	38,4
80,0-89,9	21,5	22,7	23,6	25,0	27,8	30,9	32,7	33,9	35,8

Fonte: Frisacho, 2011

Pontos de Corte da CB (cm)

Percentil da circunferência do braço (CB) – Mulheres

Idade (anos)	Percentil								
	5	10	15	25	50	75	85	90	95
14,0-14,9	19,7	21,0	21,8	23,1	25,8	28,7	30,4	31,6	33,4
	29,3					28,5			

Avaliação da Prega Cutânea Tricipital (PCT)

Percentis da circunferência do braço (CB) – Homens

Idade (anos)	Percentil								
	5	10	15	25	50	75	85	90	95
14,0-14,9	19,7	21,1	22,0	23,5	26,2	29,1	30,7	31,8	33,4
15,0-15,9	20,9	22,2	23,1	24,5	27,2	29,9	31,4	32,5	34
16-16,9	22,1	23,3	24,2	25,5	28,0	30,5	31,9	32,9	34,3
17,0-17,9	23,1	24,4	25,2	26,5	28,9	31,4	32,8	33,7	35,2
18,0-18,9	23,9	25,2	26,1	27,5	30,0	32,7	34,2	35,2	36,7
19,0-19,9	24,5	25,8	26,7	28,0	30,5	33,1	34,5	35,5	36,9
20,0-29,9	26,1	27,3	28,2	29,4	31,8	34,2	35,6	36,5	37,8
30,0-39,9	26,3	27,6	28,5	29,8	32,3	34,9	36,3	37,3	38,7
40,0-49,9	26,9	28,2	29,1	30,5	33	35,7	37,1	38,1	39,6
50,0-59,9	26,6	27,9	28,8	30,1	32,6	35,2	36,6	37,6	39,0
60,0-69,9	26,5	27,6	28,5	29,7	32	34,7	35,7	36,5	37,9
70,0-79,9	25,1	26,2	27,1	28,3	30,6	32,9	34,2	35,1	36,4
80,0-89,9	23,5	24,7	25,5	26,7	28,9	31,2	32,5	33,4	34,7

A prega cutânea tricipital (PCT), deve ser aferida no ponto médio que realizou-se a CB. A avaliação deve ser realizada de acordo com os pontos de corte descritos na tabelas abaixo.

Pontos de Corte da PCT (mm)	
Homem	*Mulher*
12,5	16,5

Avaliação da Circunferência Muscular do Braço (CMB)

A circunferência muscular do braço (CMB), é obtida através da seguinte fórmula:

60,0-59,9	5,4	6,4	7,2	8,5	11,7	15,9	18,8	21,0	24,7
60,0-69,9	5,5	6,5	7,3	8,6	11,6	15,6	18,3	20,4	24,0
70,0-79,9	5,5	6,5	7,2	8,5	11,4	15,2	17,8	19,8	23,2
80,0-89,9	5,4	6,3	7,0	8,2	10,9	14,5	16,9	18,7	21,8

Percentis para Prega Cutânea Tricipital (PCT) – Mulheres									
Idade (anos)	Percentil								
	5	10	15	25	50	75	85	90	95
14,0-14,9	8,3	9,7	10,8	12,5	16,5	21,5	24,8	27,2	31,2

Percentis para Prega Cutânea Tricipital (PCT) – Homens									
Idade (anos)	Percentil								
	5	10	15	25	50	75	85	90	95
14,0-14,9	3,9	4,5	5,1	6,0	8,8	13,9	18,8	23,8	35,8
15,0-15,9	3,7	4,3	4,8	5,7	8,2	12,9	17,4	21,8	32,5
16-16,9	3,8	4,4	4,9	5,8	8,4	13,1	17,5	21,9	32,2
17,0-17,9	4,0	4,7	5,2	6,1	8,7	13,5	17,8	22,1	32,9
18,0-18,9	3,7	4,4	5,0	6,1	8,8	13,2	16,8	19,9	26,0
19,0-19,9	3,9	4,6	5,2	6,2	9,0	13,6	17,3	20,5	26,7
20,0-29,9	4,3	5,2	6,0	7,2	10,2	14,4	17,3	19,7	23,6
30,0-39,9	4,7	5,6	6,4	7,7	10,8	15,1	18,1	20,5	24,5
40,0-49,9	5,2	6,2	7,0	8,3	11,5	15,7	18,6	20,9	24,7
80,0-89,9	6,1	8,9	10,5	12,9	17,4	22,0	24,3	25,5	28,8

A avaliação deve ser realizada de acordo com os pontos de corte descritos nas tabelas abaixo:

Percentis da Circunferência Muscular do Braço (CMB)– Mulheres							
Idade (anos)	Percentil						
	5	10	25	50	75	90	95
14,0-14,9	17,4	17,9	19,0	20,1	21,6	23,2	24,7
15,0-15,9	17,5	17,8	18,9	20,2	21,5	22,8	24,4
16-16,9	17,0	18,0	19,0	20,2	21,6	23,4	24,9
17,0-17,9	17,5	18,3	19,4	20,5	22,1	23,9	25,7
18,0-18,9	17,4	17,9	19,1	20,2	21,5	23,7	24,5
19,0-24,9	17,9	18,5	19,5	20,7	22,1	23,6	24,9
25,0-34,9	18,3	18,8	19,9	21,2	22,8	24,6	26,4
35,0-44,9	18,6	19,2	20,5	21,8	23,6	25,7	27,2
45,0-54,9	18,7	19,3	20,6	22,0	23,8	26,0	27,4
55,5-64,9	18,7	19,6	20,9	22,5	24,4	26,6	28,0
65,0-79,9	18,5	19,5	20,8	22,5	24,4	26,4	27,9

Percentis da Circunferência Muscular do Braço (CMB)– Homens							
Idade (anos)	Percentil						
	5	10	25	50	75	90	95
14,0-14,9	18,9	19,9	21,2	22,3	24,4	26,0	26,4
15,0-15,9	19,9	20,4	21,8	23,7	25,4	26,6	27,2
16-16,9	21,3	22,5	23,4	24,9	26,9	28,7	29,6
17,0-17,9	22,4	23,1	24,5	25,8	27,3	29,4	31,2
18,0-18,9	22,6	23,7	25,3	26,4	28,3	29,8	32,4
19,0-24,9	23,5	24,5	25,7	27,3	28,9	30,9	32,1
25,0-34,9	24,3	25,0	26,4	27,9	29,8	31,4	32,6
35,0-44,9	24,7	25,5	26,9	28,6	30,2	31,8	32,7
45,0-54,9	23,9	24,9	26,5	28,1	30,0	31,5	32,6
55,5-64,9	23,6	24,5	26,0	27,8	29,5	31,0	32,0
65,0-79,9	22,3	23,5	25,1	26,8	28,4	29,8	30,6

Fonte: Frisancho, 2011

Pontos de Corte da CMB (cm)	
Homem	*Mulher*
25	23,5

Avaliação da Circunferência da Panturrilha (CP)

Circunferência da Panturrilha avalia a depleção de massa muscular, devendo seguir os ponos de corte da tabela abaixo.

Pontos de Corte da CP	
>31	*Eutrofia*
≤ 31	Marcador de Desnutrição

Procedimentos de cálculo de Necessidade Energética para Adulto

Gasto Energético Basal e Gasto Energético Total

O Gasto Energético Basal (GEB) é a quantidade mínima de energia necessária para manter as funções vitais do organismo, e o Gasto Energético Total (GET) é o GEB associado ao aumen- to desse, devido a atividade física, febre ou presença de doenças. Para tais cálculos utiliza-se as fórmulas representadas nas tabelas abaixo, utilizando o peso atual, salvo em condições específicas.

A Tabela a seguir demonstram a *Equação de Harris Benedict*, assim como a Fórmula de bolso.

Gasto Energético Basal (GEB)	
Homem	66,4230 + (13,7515 x P) + (5,0033 x E) – (6,7750 x I)
Mulher	655,0955 + (9,6534 x P) + (1,8496 x E) – (4,6756 x I)

Fonte: Harris JA, Benedict FG, 1919.

Onde: P= peso (kg)

E = estatura (cm)

I = idade (anos)

Gasto Energético Total (GET)
GEB x Fator Injúria

Fonte: Harris JA, Benedict FG, 1919.

Fórmula de bolso em condições de Catabolismo	
Hipocalórica	20 a 24 kcal/kg peso
Normocalórica	25 a 29 kcal/kg/peso
Hipercalórica	>30 kcal/kg/peso

Fonte: CitadoMartins e Cardoso 2000.

Fórmula de Bolso em Condições de Catabolismo	
Para Manutenção do Peso	30 a 35 kcal/kg/peso
Para Ganho de Peso	35 a 40 kcal/kg/peso

Fonte: CitadoMartins e Cardoso 2000.

Procedimentos de avaliação antropométrica para Criança

Avaliação do Peso

Em crianças menores de 2 anos o peso deve ser aferido em balanças pediátrica ou "tipo bebê", calibradas da seguinte maneira:

- Tarar (zerar) a balança;

- Criança deve estar completamente despida, acompanhada do responsável;
- Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, de modo a distribuir o peso igualmente;
- Orientar o responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento;
- Anotar peso e localizar o escore no gráfico de peso para idade da OMS, 2006.

Em crianças acima de 2 anos o peso deve ser aferido em pé em balanças calibradas, da se- guinte maneira:

- Tarar (zerar) a balança;
- Paciente descalço, braços estendidos ao longo do corpo, peso igualmente distribuído entre os pés e calcanhares juntos;
- Preferencialmente pesar os pacientes em jejum e após urinar;
- Pesar com roupa, ou com o mínimo de roupa possível.
- Anotar peso e localizar o escore no gráfico de peso para idade da OMS, 2006.

Avaliação do Comprimento

Em crianças menores de 2 anos a estatura deve ser aferida com antropômetro da seguinte maneira:

- Deitar a criança no centro do antropômetro, descalça e com a cabeça livre de adereços;
- Manter, com a ajuda do responsável, a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito; os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro; os braços estendidos ao longo do corpo;
- As nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro;
- Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos;

- Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam;
- Realizar a leitura da estatura quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;
- Anotar estatura e localizar o escore no gráfico de estatura para idade da OMS, 2006.

Em crianças acima de 2 anos:

Em crianças com limitações físicas, na faixa etária de 2 a 12 anos, utiliza-se as seguintes medidas de segmentos de membros inferiores e superiores para estimar a estatura com utilização de equações apresentadas na tabela 20.

Faixa Etária	Crianças de 0 a 5 anos incompletos	Crianças de 5 a 10 anos incompletos	Adolescentes (10 a 19 anos)
	Peso para Idade	Peso para Idade	———
Índice Antropométrico	Peso para Estatura	———	———
	IMC para Idade	IMC para Idade	IMC para idade

Medida do Segmento	Estatura Estimada (cm)	Desvio Padrão (cm)
Comprimento Superior do Braço (CSB)	E = 4,35 x CSB + 21,8	± 1,7
Comprimento Tibial (CT)	E = 3,26 x CT + 30,8	± 1,4
Comprimento do Joelho (CJ)	E = 2,69 x CJ + 24,2	± 1,1

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), 2009

Os índices antropométricos mais amplamente usados, recomendados pela OMS e adotados pelo Ministério da Saúde na avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes estão descritos na Tabela 21, e os escores para diagnóstico nutricional nas figuras abaixo.

Circunferência Craniana

A circunferência craniana é realizada até os 2 anos de vida, trata-se de uma importante medida para avaliar o crescimento e o desenvolvimento, especialmente em crianças nascidas prematuras, devendo ser realizada da seguinte forma: A fita métrica deve ser posicionada na porção posterior mais proeminente do crânio (occipício) e na parte frontal da cabeça (glabela); Anotar a medida e localizar o escore no gráfico de circunferência craniana por idade da OMS, 2006.

Procedimentos de cálculo de Necessidade Energética para Criança

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS						
		CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS INCOMPLETOS				CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS INCOMPLETOS		
		Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatura para idade	Peso para idade	IMC para idade	Estatura para idade
<Percentil 0,1	<Escore z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥Percentil 0,1 e <percentil 1	≥Escore z -3 e <escore z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥Percentil 1 e <percentil 15	≥Escore z -2 e <escore z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade[2]	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade[2]
≥Percentil 15 e ≤percentil 85	≥Escore z -1 e ≤escore z +1							
>Percentil 85 e ≤percentil 97	>Escore z +1 e ≤escore z +2		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso			Sobrepeso	
>Percentil 97 e ≤percentil 99,9	>Escore z +2 e ≤escore z +3	Peso elevado para a idade[1]	Sobrepeso	Sobrepeso		Peso elevado para a idade[1]	Obesidade	
>Percentil 99,9	>Escore z +3		Obesidade	Obesidade			Obesidade grave	

Fonte: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Versión 1. Resumen. 2006. Ginebra, OMS, 2006.

[1] Uma criança classificada na faixa de peso elevado para idade pode ter problemas de crescimento, mas esse não é o índice antropométrico mais recomendado para a avaliação de excesso de peso nessa criança. Essa situação deve ser avaliada pela interpretação dos índices de peso para estatura ou IMC para idade.

[2] Uma criança classificada na faixa de estatura para idade acima do percentil 99,9 (escore z +3) é muito alta, mas isso raramente representa um problema. Contudo, alguns casos correspondem a disfunções endócrinas e tumorais. Se houver essa suspeita, a criança deve ser encaminhada para atendimento especializado.

Nota: a Organização Mundial da Saúde apresenta referências de peso para estatura apenas para menores de 5 anos pelo padrão de crescimento de 2006. A partir dessa idade, deve-se utilizar o índice de massa corporal para idade na avaliação da proporção entre peso e estatura da criança.

Gasto Energético Basal e Gasto Energético Total

O Gasto Energético Basal (GEB) é a quantidade mínima de energia necessária para manter as funções vitais do organismo, e o Gasto Energético Total (GET) é o GEB associado ao aumen- to desse devido a atividade física, febre ou presença de doenças. Para tais cálculos utiliza-se as fórmulas representadas nas Tabelas a seguir.

Fonte: Projeto Diretrizes, 2011

Estimativa de necessidade energética em kcal / kg de peso	
Idade (anos)	Kcal/kg Peso
0-1	90-120
1-7	75-90
7-12	60-75
12-18	30-60
18-25	25-30

Formulas para cáiculo da necessidade energética (EER) de acordo com faixa etária e grau de atividade física (AF)	
0 – 2 anos	GET (kcal/dia) = 89 x peso da criança (kg) – 100 EER = GET + energia de crescimento EER(0-3m) = (89 x peso da criança [kg] – 100) + 175 (kcal para crescimento) EER (4-6m) = (89 x peso da criança [kg] – 100) + 56 (kcal para crescimento) EER (7-12m) = (89 x peso da criança [kg] – 100) + 22 (kcal para crescimento) EER (13-35m) = (89 x peso da criança [kg] – 100) + 20 (kcal para crescimento)
3 – 8 anos	**Meninos**: EER = 88,5 – 61,9 x idade (a) + atividade física x (26,7 x peso [kg] + 903 x altura [m]) + 20 (kcal para crescimento) AF = 1,00 (sedentário); AF = 1,13 (atividade leve); AF = 1,26 (atividade moderada); AF = 1,42 (atividade intensa) **Meninas:** EER = 135,3 – 30,8 x idade (a) + atividade física x (10,0 x peso [kg] + 934 x altura [m]) + 20 (kcal para crescimento) AF = 1,00 (sedentário); AF = 1,13 (atividade leve); AF = 1,31 (atividade moderada); AF = 1,56 (atividade intensa)
– 18 anos	**Meninos:** EER = 88,5 – 61,9 x idade (a) + atividade física x (26,7 x peso [kg] + 903 x altura [m]) + 25 (kcal para crescimento) AF = 1,00 (sedentário); AF = 1,13 (atividade leve); AF = 1,26 (atividade

	moderada); AF = 1,42 (atividade intensa) **Meninas:** EER = 135,3 – 30,8 x idade (a) + atividade física x (10,0 x peso [kg] + 934 x altura [m]) + 25 (kcal para crescimento) AF = 1,00 (sedentário); AF = 1,13 (atividade leve); AF = 1,31 (atividade moderada); AF = 1,56 (atividade intensa)

PARA MENINAS COM SOBREPESO E OBESAS	
3 – 18 ANOS	GEB (kcal/d) = 516 – 26,8 x idade [a] + 347 x altura [m] + 12,4 x peso (kg) GET manutenção do peso em meninas com sobrepeso e obesas de 3-18 anos GET = 389 – 41,2 x idade (a) + atividade física x (15,0 x peso [kg] + 701,6 x altura [m]) AF = 1,00 (sedentário); AF = 1,18 (atividade leve); AF = 1,35 (atividade moderada); AF = 1,60 (atividade intensa)
PARA MENINOS COM SOBREPESO E OBESOS	
3 – 18 ANOS	GEB (kcal/d) = 420 – 33,5 x idade [a] + 418 x altura [m] + 16,7 x peso (kg) GET manutenção do peso em meninos com sobrepeso e obesos de 3-18 anos GET = 114 – 50,9 x idade (a) + atividade física x (19,5 x peso [kg] + 1161,4 x altura [m]) AF = 1,00 (sedentário); AF = 1,12 (atividade leve); AF = 1,24 (atividade moderada); AF = 1,45 (atividade intensa)

Capítulo IX

Da Odontologia

A **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** estruturara-se com profissional Dentista generalista ou especialista (CD), Técnico de Saúde Bucal (TSB) e/ou Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Cada categoria profissional possuirá atribuições

específicas e complementares na atenção individual ou coletiva ao paciente, que serão descritas no Regimento Interno do Serviço.

As ações de odontologia da Policlínica nortearam a melhoria das condições de Saúde Bucal, com vista a ações de promoção, proteção e de recuperação da saúde, através do desenvolvimento de ações clínicas individuais e coletivas, sendo elas:

AÇÕES DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DE SAÚDE

A ações de promoção e proteção da saúde visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças. Neste situam-se, também, a identificação e difusão de informações sobre os fatores de proteção à saúde, compreendendo um elenco bastante vasto e diversificado de ações de natureza eminentemente educativo-preventivas.

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. As ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As ações deveram objetivar a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilitar ao paciente mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia.

O atendimento odontológico prestado **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** deve considerar tanto as diferenças sociais quanto às peculiaridades culturais, ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo, considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa.

Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas. Estas atividades podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista (CD), técnico em higiene dental (THD) e/ou auxiliar de consultório dentário (ACD)

APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR

A aplicação tópica de flúor (ATF) visa à prevenção e controle da cárie, através da utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel-fluoretado e verniz fluoretado), em ações coletivas. A utilização de ATF com abrangência universal é recomendada para populações nas quais se constate uma ou mais das seguintes situações:

a) Exposição à água de abastecimento sem flúor;

b) Exposição à água de abastecimento contendo naturalmente baixos teores de flúor (até 0,54 ppm F);

c) Exposição a flúor na água há menos de 5 anos;

d) CPOP maior que 3 aos 12 anos de idade.

AÇÕES DE RECUPERAÇÃO

As ações envolvem o diagnóstico e o tratamento de doenças. O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes.

Em relação ao diagnóstico, destaca-se a inclusão nas rotinas de assistência, de métodos que aprimorem a identificação precoce das lesões (outros exames complementares).

O tratamento deve priorizar procedimentos conservadores entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários invertendo a lógica que leva à mutilação.

AÇÕES DE REABILITAÇÃO

Consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional.

1..PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

1.OBJETIVO

Unificar os atendimentos ondontológicos na unidade.

2.APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.MATERIAL UTILIZADO

3.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar a acolhida do paciente;
- Apresentar-se ao paciente/familiar;
- Solicitar e auxiliar o paciente a acomodar-se na cadeira odontológica;
- Explicar o procedimento a ser realizado ao paciente/familiar;
- Realizar exame físico e exploração da cavidade oral;
- Definir conduta;
- Registrar atendimento em prontuário;

- Encaminhar para outros serviços quando for necessário;
- Conferir prescrição medicamentosa se necessário.

2. PROTOCOLO CIRURGIA ORAL MENOR

1.OBJETIVO

Criar condições, padronizar, definir e estabelecer regras e recomendações que devem ser aplicadas pelos profissionais, para a execução de ações educativas preventivas e curativas dos pacientes atendidos

2.DEFINIÇÕES

Estabelecer os Procedimentos Operacionais Padrão a serem adotados pelos especialistas em Cirurgia Oral Menor, conforme exigido pela legislação vigente em relação a segurança do paciente, servindo como modelo para a orientação dos profissionais lotados nesta Unidade, assegurando a coerência e uniformidade de ações e realizando a implementação das normas estabelecidas.

3.SIGLAS

- ASB - Auxiliar de Saúde Bucal
- TSB - Técnico de Saúde Bucal
- R - Radiografia
- CT - Tomografia Computadorizada
- RM - Ressonância Magnética
- US - Ultrassonografia
- HB - Hemograma
- TS - Tempo de Sangramento
- TP - Tempo de Protrombina

- TTPA - Tempo de Tromboplastina Ativada
- CTX - C-terminal de Telopeptídeo
- Cr - Creatinina
- PHA - Provas de Função Hepática
- ME - Metabolismo Ósseo
- S - Sutura
- EPI - Equipamento de Proteção Individual
- P - Profilaxia

4.APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos cirúrgicos Bucomaxilofacial.

5.RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Cirurgião Bucomaxilofacial
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6.ATIVIDADES / CONDUTAS

Consulta Especializada: Realizada por um profissional com formação específica, visa avaliar, diagnosticar e planejar tratamentos para condições bucais complexas ou que necessitem de uma abordagem mais aprofundada.

Consulta de Prevenção de Câncer Bucal: Exame clínico detalhado da cavidade bucal para identificar lesões ou sinais precoces de câncer bucal. Inclui orientação sobre fatores de risco e prevenção.

Exodontia de Dente Decíduo: Remoção de um dente de leite. O procedimento inclui anestesia local, deslocamento do dente e extração cuidadosa, seguido de orientações pós-operatórias.

Exodontia de Dente Permanente: Extração de um dente adulto. O procedimento envolve anestesia local, remoção do dente e controle de sangramento, seguido de cuidados pós-operatórios.

Exodontia Múltipla com Alveoloplastia por Sextante: Remoção de vários dentes em uma mesma região (sextante) seguida de modelagem do osso alveolar para facilitar a cicatrização e posterior reabilitação protética.

Remoção de Dente Retido (Incluso / Impactado): Extração de um dente que não erupcionou corretamente. Pode envolver incisões na gengiva e remoção de osso ao redor do dente retido.

Tratamento Cirúrgico de Dente Incluso em Paciente com Anomalia Craniofacial: Remoção de dente incluso em pacientes com deformidades craniofaciais, demandando uma abordagem cirúrgica especializada.

Biópsia dos Tecidos Moles da Boca: Remoção de uma pequena amostra de tecido mole para análise laboratorial, visando o diagnóstico de doenças ou condições anormais na cavidade bucal.

Biópsia de Glândula Salivar: Remoção de tecido de uma glândula salivar para análise histopatológica, com o objetivo de diagnosticar condições como infecções, tumores ou doenças autoimunes.

Biópsia de Osso do Crânio e da Face: Coleta de uma amostra de osso para análise laboratorial, utilizada no diagnóstico de doenças ósseas ou lesões na região craniofacial.

Excisão e Sutura de Lesão na Boca: Remoção de uma lesão bucal seguida de sutura para promover a cicatrização adequada e prevenir complicações.

Excisão em Cunha do Lábio: Remoção de uma porção em forma de cunha do lábio, geralmente realizada para tratar lesões ou deformidades, seguida de sutura para reconstrução.

Excisão de Rânula ou Fenômeno de Retenção Salivar: Remoção de uma rânula (cisto salivar) ou outras lesões de retenção salivar, seguida de sutura para fechamento do local cirúrgico.

Marsupialização de Cistos e Pseudocistos: Procedimento para criar uma abertura permanente em um cisto, permitindo a drenagem contínua e prevenindo o acúmulo de fluidos.

Exérese de Cisto Odontogênico e Não Odontogênico: Remoção completa de cistos associados aos dentes (odontogênicos) ou de outras origens (não odontogênicos) na cavidade bucal.

Curetagem Periapical: Remoção do tecido inflamado ou infectado ao redor do ápice de um dente, geralmente após tratamento endodôntico, para promover a cura da infecção.

Apicectomia com ou sem Obturação Retrógrada: Cirurgia para remover o ápice de uma raiz dentária, com ou sem obturação do canal radicular pelo ápice, utilizada para tratar infecções persistentes.

Correção de Irregularidades de Rebordo Alveolar: Modelagem do osso alveolar para eliminar irregularidades, facilitando a adaptação de próteses dentárias e melhorando a estética e função bucal.

Correção de Tuberosidade do Maxilar: Redução ou remodelação da tuberosidade maxilar para facilitar a adaptação de próteses dentárias e melhorar a função mastigatória.

Remoção de Torus e Exostoses: Remoção de crescimentos ósseos excessivos (torus e exostoses) na cavidade bucal, geralmente para facilitar a colocação de próteses ou melhorar o conforto do paciente.

Frenectomia: Remoção cirúrgica do freio labial ou lingual para corrigir limitações de movimento ou outros problemas funcionais e estéticos.

Correção de Bridas Musculares: Remoção ou reposicionamento de bridas musculares que estão causando limitações de movimento ou interferindo na função bucal normal.

Aprofundamento de Vestíbulo Oral (por Sextante): Procedimento para aumentar a profundidade do vestíbulo oral em uma região específica (sextante), facilitando a adaptação de próteses dentárias.

Ulotomia / Ulectomia: Remoção de tecido gengival excessivo (ulotomia) ou de uma úvula aumentada (ulectomia), geralmente para melhorar a saúde bucal ou função respiratória.

Tratamento Cirúrgico para Tracionamento Dental

Cirurgia para expor e tracionar dentes inclusos ou impactados, auxiliando na movimentação ortodôntica para posicioná-los corretamente na arcada dentária.

Tratamento de Nevralgias Faciais: Tratamento cirúrgico ou não cirúrgico de nevralgias faciais, como a nevralgia do trigêmeo, visando alívio da dor e melhora da qualidade de vida.

Tratamento Cirúrgico de Hemorragia Buco Dental: Controle cirúrgico de hemorragias na cavidade bucal, utilizando técnicas de sutura, cauterização ou outras abordagens hemostáticas.

Tratamento de Alveolite: Tratamento de uma inflamação no alvéolo dentário (alveolite), geralmente com limpeza, medicação local e orientações de cuidado pós-operatório.

Drenagem de Abscesso da Boca e Anexos: Incisão e drenagem de abscessos na cavidade bucal e estruturas adjacentes para remover pus e aliviar a infecção.

Correção Cirúrgica de Fístula Oronasal / Oro Sinusal: Fechamento cirúrgico de comunicações anormais entre a cavidade bucal e as cavidades nasal ou sinusal, prevenindo infecções e melhorando a função.

Tratamento Cirúrgico de Fístula Intra / Extraoral: Cirurgia para tratar fístulas que se abrem na cavidade bucal ou externamente na face, visando a remoção da comunicação anormal e promoção da cicatrização.

Retirada de Material de Síntese Óssea / Dentária: Remoção de dispositivos de fixação óssea ou dentária, como placas e parafusos, após a consolidação adequada da estrutura óssea.

Contenção de Dentes por Splintagem: Imobilização de dentes soltos ou fraturados utilizando materiais de contenção (splintagem), promovendo a estabilidade e cicatrização.

Redução Cruenta de Fratura Alvéolo Dentária: Realinhamento cirúrgico de fraturas nos alvéolos dentários, utilizando técnicas abertas (cruenta) para fixação e estabilização dos fragmentos ósseos.

Redução Incruenta de Fratura Alvéolo Dentária: Realinhamento de fraturas nos alvéolos dentários utilizando técnicas fechadas (incruenta), sem incisões cirúrgicas abertas.

Redução Incruenta de Luxação Têmporo Mandibular: Reposicionamento não cirúrgico da articulação têmporo-mandibular deslocada, visando restaurar a função normal da mandíbula.

Aparelho para Bloqueio Maxilo-Mandibular: Instalação de um dispositivo para imobilizar a mandíbula, geralmente utilizado em tratamentos de fraturas ou deslocamentos da articulação têmporo-mandibular.

Reconstrução Parcial do Lábio Traumatizado: Cirurgia para reparar e reconstruir o lábio após trauma, visando restaurar a aparência e função normais.

Glossorrafia: Sutura da língua, geralmente após lesões ou cirurgias, para promover a cicatrização adequada e restaurar a função normal.

Reimplante e Transplante Dental (por Elemento): Reposicionamento de dentes avulsos (reimplante) ou movimentação de dentes de um local para outro (transplante), visando preservar a função e estética dental.

Enxerto Ósseo de Área Doadora Intra Bucal: Remoção de osso de uma área da cavidade bucal para enxertar em outra região que necessita de aumento de volume ou reparo ósseo.

Remoção de Corpo Estranho da Região Buco Maxilofacial: Extração de objetos estranhos presentes na cavidade bucal ou estruturas adjacentes, utilizando técnicas cirúrgicas apropriadas.

Exérese de Tumor Benigno da Região Buco Maxilofacial: Remoção cirúrgica de tumores benignos localizados na cavidade bucal ou estruturas maxilofaciais, com o objetivo de prevenir complicações e promover a saúde bucal.

Consulta para Avaliação de Exame Pré-Operatório e Histopatológico: Avaliação detalhada dos resultados de exames pré-operatórios e análises histopatológicas para planejar tratamentos e intervenções cirúrgicas adequadas.

Consulta para Acompanhamento Cirúrgico e Tratamento Farmacológico: Consulta de seguimento pós-cirúrgico para avaliar a recuperação do paciente e ajustar tratamentos farmacológicos conforme necessário.

Remoção de Sutura: Retirada de pontos de sutura após a cicatrização adequada da área operada, garantindo a recuperação completa e prevenindo complicações.

7.PROCEDIMENTOS PRÉVIOS

Realizar as seguintes etapas do exame:

- Anamnese

- Queixa principal
- História da doença atual
- História médica
- História familiar
- Revisão dos sistemas

7.1 EXAMES DE IMAGEM

- Radiografia panorâmica

- Exodontias múltiplas
- Alveoloplastia
- Dentes inclusos

- ATM
- Patologias ósseo dentárias

7.2 Tomografia Computadorizada

- Localização de dentes inclusos * Patologias de cabeça e pescoço
- Reabilitação buco-maxilo-facial

- Ressonância Magnética

- Disfunções temporomandibulares
- Patologias do complexo maxilo-mandibular

- Ultrassonografia

- Glândulas salivares

7.3 EXAMES HEMATOLÓGICOS

- Hemograma
- Coagulograma (TS, TP e TTPA)
- Glicemia em jejum
- CTX
- Creatinina
- Provas de função hepática
- Avaliação de metabolismo ósseo

7.4 EXAMES HISTOPATOLÓGICO

Para os pacientes que forem submetidos a biópsia será realizado registro em livro separado, constando: Nome, sexo, idade, telefone, procedência, data da biópsia e diagnóstico histopatológico. Caso o paciente não retorne para recebimento do resultado, o

mesmo deverá ser contatado pelo Serviço Social e este dado também deverá ser registrado neste livro. O paciente será agendado para o retorno de preservação.

7.5 EXAMES HISTOPATOLÓGICO

Poderão ser solicitados outros exames (Ex.: Exames para avaliação da tireóde; Testes sorológicos para HIV, hepatite, sífilis etc.), se o cirurgião dentista achar necessário, mediante anamnese realizada,

7.6 MEDICAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

- Fazer a prescrição medicamentosa necessária, direcionada pelos exames clínico e complementares (Protocolo de Farmacologia).

- Medicação para prevenção de dor pós-operatória como rotina (Protocolo de Farmacologia).

7.7 PREPARO DA EQUIPE CIRÚRGICA

Para garantir a segurança e a eficácia durante a cirurgia oral menor bucomaxilofacial, é essencial seguir rigorosamente os protocolos de preparo da equipe cirúrgica. Este preparo inclui os seguintes passos.

Lavar as Mãos de Acordo com o Protocolo para Procedimento Cirúrgico:

- Realizar a lavagem das mãos utilizando técnica adequada para procedimentos cirúrgicos.

- Utilizar sabão antisséptico e água corrente, esfregando todas as superfícies das mãos e antebraços por pelo menos 3-5 minutos.

- Enxaguar abundantemente e secar com toalhas estéreis ou secador de mãos adequado.

Colocar o Capote e Luvas Cirúrgicas:

- Vestir o capote cirúrgico estéril, garantindo que ele cubra completamente o corpo e os braços.

- Colocar as luvas cirúrgicas estéreis, assegurando que não haja contato com superfícies não estéreis durante a colocação.

Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) Completo:

- Antes da paramentação, o profissional deve estar com o EPI completo, incluindo máscara, gorro, óculos de proteção ou face shield, e avental impermeável, para garantir a máxima proteção contra contaminações.

7.8 PREPARO DA EQUIPE CIRÚRGICA

- Remover as próteses dentárias
- Fazer antissepsia intrabucal (bochecho com clorexidina 0,12% por um minuto).
- Fazer antissepsia extrabucal com clorexidina a 2% ou 4%.
- Colocar os campos cirúrgicos

8. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

EXODONTIA PELA TÉCNICA FECHADA

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio e/ou infiltrativa terminal do dente e estruturas anexas
- Descolar os tecidos moles aderidos ao dente
- Luxar o dente com alavanca dentária
- Remover o dente com fórceps ou alavanca
- Fazer alveoloplastia (se necessário), irrigação do alvéolo e sutura

EXODONTIA PELA TÉCNICA ABERTA / EXODONTIAS MÚLTIPLAS / REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio e/ou infiltrativa terminal do dente e estruturas anexas
- Incisar os tecidos com extensão proximal de forma a permitir o acesso e a exposição do sítio cirúrgico
- Descolar o retalho muco periósteo
- Remover o osso de recobrimento (se necessário)
- Seccionar o dente (se necessário)
- Remover o dente com extrator
- Fazer alveoloplastia, irrigação do alvéolo e sutura

* Nos casos de exodontia múltipla após a descolamento do retalho faz-se a luxação e remoção sequencial dos dentes indicados para exodontia

BIÓPSIA DE TECIDO MOLE

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio e/ou infiltração periférica a pelo menos 1 cm do perímetro da lesão
- Estabilizar o tecido
- Incisar e remover o espécime
- Incisional - Incisão elíptica para remoção de uma cunha de tecido lesional e tecido normal
- Excisional - Remoção total da lesão, incluindo um perímetro de 2 a 3 mm de tecido normal ao seu redor
- Fazer hemostasia e sutura

BIÓPSIA ÓSSEA

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio
- Realizar aspiração preventiva
- Incisar e descolar o retalho muco periósteo de acordo com o

tamanho e a localização da lesão

- Remover a cortical óssea sobre a lesão
- Remover a lesão total ou parcialmente
- Realizar irrigação da loja óssea, hemostasia e sutura

* A peça cirúrgica será colocada em frasco de vidro ou plástico que possa ser tampado (etiquetado e identificado com os dados do paciente e nome do cirurgião), contendo formal a 10%, equivalente a pelo menos 20 vezes o volume do espécime.

* Preenchimento do formulário para realização de exame histopatológico. Deverá conter: Dados demográficos sobre o paciente; nome e informação de contato sobre o cirurgião que está submetendo a amostra; história clínica, familiar e social; descrição clínica da lesão e hipóteses de diagnóstico clínico diferencial.

MARSUPIALIZAÇÃO

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio
- Realizar aspiração preventiva
- Incisar com traço circular ou elíptico em direção a cavidade cística (se o osso sobrejacente for espesso, uma janela óssea deve ser removida com brocas e pinça goiva)
- Inspecionar a cavidade através da abertura
- Suturar a mucosa bucal e a parede cística em conjunto na região periférica da abertura * Material retirado deverá ser enviado para exame histopatológico

EXÉRESE DE CISTO E TUMOR ODONTOGÊNICO E NÃO ODONTOGÊNICO

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio
- Realizar aspiração preventiva (se necessário)
- Incisar e descolar o retalho muco periósteo de acordo com o

tamanho e a localização da lesão

- Remover a lesão através de enucleação e/ou curetagem (Material removido deverá ser enviado para exame histopatológico)

- Realizar apicectomia e obturação retrógrada dos dentes envolvidos (se a lesão estiver relacionada ao ápice de algum elemento dental que foi submetido a tratamento endodôntico

REMOÇÃO DE TORUS E EXOSTOSES, CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR E TUBEROSIDADE MAXILAR

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio

- Incisar e descolar o muco periósteo para exposição do osso que deverá ser removido - Remover e realizar plastia óssea através do uso de brocas, alveolectomia, cinzel e lima para osso

- Realizar irrigação e sutura

FRENECTOMIA LABIAL E LINGUAL / CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES

- Anestesiar pela técnica infiltrativa terminal e/ou infiltrativa por bloqueio

- Excisar o freio ou brida prévio

- Divulsionar os tecidos

- Suturar

ULOTOMIA / ULECTOMIA

- Anestesiar pela técnica infiltrativa terminal

- Incisar sobre a oclusal / incisal do dente com extensão suficiente para sua exposição

- Descolar e remover o tecido incisado

APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio
- Incisar a mucosa labial
- Dissecar o retalho mucoso labial e supraperiosteal na parte vestibular do osso
- Suturar retalho da mucosa labial no fundo de vestíbulo

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL / ORO SINUSAL

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio buscando perda da sensibilidade dolorosa na região da comunicação e da área doadora
- Excisar a mucosa em volta da abertura oro antral
- Incisar e descolar o retalho de espessura total na área doadora
- Rodar o retalho sem tensão para cobertura do defeito ósseo
- Suturar

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio
- Incisar com amplitude suficiente para expor o dente que será tracionado
- Descolar o muco periósteo
- Realizar ostectomia sobre a coroa do dente
- Colar botão ortodôntico
- Suturar

DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA

- Anestesiar pela técnica infiltrativa local e/ou infiltrativa por bloqueio
- Realizar antissepsia da superfície da mucosa / pele onde será realizado a incisão
- Coletar material para o teste de cultura e sensibilidade e/ou antibiograma quando indicado
- Incisar sobre o abscesso no local de maior flutuação
- Inserir as pontas da pinça hemostática na incisão e abrir de forma que entrem em todas floculações de pus
- Inserir o dreno na profundidade do abscesso com a pinça hemostática
- Suturar o dreno no local

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIAS

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio
- Inspecionar a área sangrante (remover a sutura se necessário)
- Obter hemostasia através dos seguintes métodos: compressão, pinçagem do vaso, coagulação térmica, ligadura, uso de substâncias vasoconstritoras, esponja de gelatina, celulose oxidada e colágeno
- Suturar após obter hemostasia

TRATAMENTO DE ALVEOLITE

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio
- Realizar irrigação e aspiração do alvéolo
- Colocar curativo medicamentoso (deverá ser trocado diariamente pelos próximos 3 a 6 dias até a dor ser controlada, quando não é mais necessário). Deve-se curetar e irrigar o alvéolo com solução fisiológica ou empregar o alveolex.

- O controle da dor pode ser realizado com medicação sistêmica em substituição a medicação local (Protocolo farmacológico)

TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio o nervo acometido pela nevralgia
- Incisar com amplitude suficiente para obter acesso ao nervo
- Descolar o muco periósteo e/ou dissecar o tronco neural
- Incisar o nervo promovendo uma solução de continuidade
- Suturar
- O tratamento cirúrgico das nevralgias faciais será realizado quando o tratamento farmacológico for ineficiente.

REDUÇÃO CRUENTA / INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA

- Anestesiar pela técnica infiltrativa por bloqueio os dentes e o tecido mole vestibular, palatino/lingual
- Fazer a redução da fratura colocando os dentes em alinhamento e oclusão (Se a redução for cruentar o retalho para exposição da região da fratura será realizado, bem como a fixação dos fragmentos, se necessário).

Fazer contenção dentária

9. DOCUMENTOS DE APOIO

- Morder firmemente a gaze que foi colocada sobre a ferida cirúrgica por, no mínimo 30 minutos
- Ligeiro sangramento por mais de 24 horas pode ocorrer. Se o sangramento for de maior proporção deverá reaplicar a gaze diretamente sobre o local e manter a compressão por cerca de 1 hora, se não melhorar deverá retornar ao consultório
- Alimentação deverá ser líquida, pastosa e gelada nas primeiras 24 horas

- Não beber por meio de canudos e não cuspir nas primeiras 12 horas
- Não fumar nas primeiras 12 horas, e caso o façam devem tragar de forma suave
- Não realizar exercício físico intenso nas primeiras 12 a 24 horas
- Higiene bucal deverá ser realizada com escova macia, o uso do fio dental é normal
- Realizar bochechos com clorexidina a 0,12% durante 7 dias a partir do dia seguinte ao procedimento cirúrgico
- O edema pode acontecer e alcançará seu máximo cerca de 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico, começando a diminuir no terceiro ou quarto dia. Se o quadro não regredir no tempo previsto o cirurgião deverá ser contactado
- Pode ocorrer trismo (limitação de abertura bucal)
- Pode ocorrer equimose 2 a 4 dias após a cirurgia e quase sempre desaparece em 7 a 10 dias
- Deverá usar a medicação conforme prescrição, se a dor persistir entrar em contato com o cirurgião
- Comparecer a consulta de retorno conforme agendamento.

10.TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

- Abaixador de língua metálico Bruenings
- Abaixador de língua metálico de Wieder
- Abridor boca borracha-plástico duro-adulto/infantil
- Alavanca apical reta (meia cana) nº 301
- Alavanca apical nº 301
- Alavanca apical nº 302

- Alavanca apical nº 303
- Alavanca Seldin nº 2 (reta)
- Alavanca Seldin nº 1L (bandeira)
- Alavanca Seldin nº 1R (bandeira)
- Afastador de Molt
- Afastador Farabeuf pequeno 10 cm
- Afastador Farabeuf médio 13 cm
- Afastador Minessota
- Agulha gengival descartável curta 30 g - cx c/ 100 unid.
- Agulha gengival descartável longa 27 g - cx c/ 100 unid.
- Álcool etílico 70% solução frasco 1000ml
- Álcool gel 70% INPM glicerinado frasco 500 G uso hospitalar
- Álcool absoluto 99,5o INPM frasco 1000ml
- Algodão (rolos) - pct c/ 100 unid.
- Alicate para corte de fio de aço
- Aspirador Fraizer com mandril 4 mm
- Aspirador Fraizer com mandril 5 mm
- Alveolótomo Luer curvo
- Alveolótomo Luer reto
- Aparelho de laser
- Azul de metileno solução aquosa 2% frasco 500ml
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4

- Benzocaína 20% - 12 gr
- Bicarbonato de sódio (pct. C/ 15 env. De 40 g) hidrogenado
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca nº 701 de aço inoxidável, picotada, haste longa para peça reta
- Broca nº 703 de aço inoxidável, picotada, haste longa para peça reta
- Cabo para espelho bucal inox
- Cabo para bisturi nº 3
- Caneta de alta rotação
- Cimento cirúrgico líq. - 20 ml
- Cimento cirúrgico pó - 50 g
- Cuba metálica redonda pequena
- Cureta de Lucas nº 86
- Cureta de Lucas nº 87
- Cureta de Molt
- Curetas para levantamento de seio maxilar - conj. c/ 5 unidades
- Cinzel Lucas bisel simples
- Cinzel Lucas bisel duplo
- Cinzel Lucas goiva
- Cinzel Micro Ochsenbein nº 01

- Cinzel Micro Ochsenbein nº 02
- Cinzel Micro Ochsenbein nº 03
- Cinzel de Fedy nº 01
- Cinzel de Fedy nº 02
- Cinzel odontológico curvo sem dente
- Cinzel reto Obwergeser 6 mm
- Cinzel CV Obwergeser 6 mm
- Cinzel CV Obwergeser 8 mm
- Cinzel reto cabo Lambotte 6 mm
- Clorexidina solução bucal 0,12% frasco 250 ml
- Clorexidina solução aquosa 20 mg/ml frasco 100ml
- Clorexidina solução aquosa 20 mg/ml frasco1000ml
- Clorexidina solução alcoólica 0,5% frasco 100ml
- Clorexidina solução degermante 40 mg/ml frasco 100ml
- Descolador Molt
- Descolador Freer
- Espátula nº 7
- Espelho grande para orientação ao paciente, 10 x 15 cm, de mão
- Espelho bucal nº 5
- Estojo p/ instrumental 18 x 8 x 5 cm
- Estojo p/ instrumental 20 x 10 x 5 cm
- Estojo p/ instrumental inox 26 x 12 x 6 cm

- Estojo p/ instrumental 28 x 14 x 6 cm
- Estojo p/ instrumental inox 32 x 16 x 9 cm
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Fio de aço cirúrgico mono aço 1.0
- Fio de aço cirúrgico mono aço 2.0
- Fórceps adulto nº 17 para molares inferiores
- Fórceps adulto nº 16 para molares inferiores
- Fórceps adulto nº 18R para molares superiores direitos
- Fórceps adulto nº 18L para molares superiores esquerdos
- Fórceps adulto nº 151 para pré-molares, caninos, incisivos e raízes inferiores
- Fórceps adulto nº 150 para pré-molares, caninos, incisivos e raízes superiores
- Fórceps adulto nº 69 para raízes superiores e inferiores
- Fórceps adulto nº 65 para incisivos e raízes superiores
- Fórceps adulto nº 99 A
- Fórceps adulto nº 101
- Fórceps infantil nº 2
- Fórceps infantil nº 5
- Formol líquido 10% frasco 1000ml
- Gaze
- Hemostático liq. - 10 ml
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal, cx c/ 50 und.

- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico, cx c/ 50 unid.
- Lima dupla p/ osso dentes cruzados
- Lima para osso Buck nº 11-12
- Lima para osso Muller nº 03
- Lima para osso Seldin nº 10
- Lima para osso Seldin nº 12
- Lubrificante alta e baixa rotação óleo – spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000 em tubete de cristal - cx c/ 50 unid.
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor em tubete de cristal – cx c/ 50 unid.
- Osteótomos de Summers
- Passa fio de Obwegeser – 23 cm
- Peça ponta reta
- Pedra de Arkansas para afiar instrumentos
- Periótomo reto
- Periótomo angulado
- Pinça Adson com dente 12 cm
- Pinça Adson Brown delicada 12 cm
- Pinça Allis - 15 cm
- Pinça Backhaus 14 cm
- Pinça Backhaus - 8 cm
- Pinça Collin - 24 cm

- Pinça clínica
- Pinça Dietrich 20 cm
- Pinça anatômica - 16 cm
- Pinça elástica Dietrich reta - 15 cm
- Pinça Halstead mosquito - 12 cm reta
- Pinça Halstead mosquito - 12 cm curva
- Pinça Hemostática Kelly reta 14 cm
- Pinça Hemostática Kelly curva 14 cm
- Pinça para dissecação reta - 12 cm
- Pinça Pean - 14 cm
- Pinça dente de rato 18 cm
- Pinça dente de rato 16 cm
- Placa de vidro retangular 10 mm espessura
- Ponta para sugador metálico
- Porta agulha Castroviejo
- Porta agulha Mayo-Heager 14 cm c/ vídea e cabo dourado
- Porta agulha Mayo-Heager 16 cm c/ vídea e cabo dourado
- Porta agulha p/ fios de aço 20 cm c/ vídea e cabo dourado
- Porta agulha fio de aço sem vídea 16 cm
- Porta agulha Mayo-Heager 17 cm
- Porta agulha Mayo-Heager 23 cm
- Punch para biópsia descartável 5 mm

- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Sindesmótomo duplo
- Soro fisiológico
- Sugador cirúrgico de metal reto para sangue
- Sugador descartável ponta flexível
- Tambor para gaze em aço inox 16x14
- Tesoura Goldman Fox reta - 13 cm
- Tesoura Metzembaum 15 cm reta
- Tesoura Metzembaum 15 cm curva
- Tesoura Íris curva 12 cm
- Tesoura Íris reta 12 cm
- Tesoura p/ fios Be-Be Ouro – 10 cm
- Tesoura ponta curva 10 cm fina/ fina
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tesoura ponta reta 10 cm fina/ fina
- Vaselina sólida branca 20 gr

11.RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

12.AÇÕES CORRETIVAS

Nº	Falha/risco	Ação corretiva
1	Diagnóstico Incorreto	Realizar uma avaliação clínica e radiográfica completa antes da cirurgia, garantindo um diagnóstico preciso e

		planejamento adequado.
2	Anestesia Inadequada	Utilizar técnicas de anestesia apropriadas para o tipo de procedimento e área de intervenção, ajustando a dose conforme necessário para garantir o controle adequado da dor.
3	Infecção Pós-operatória	Assegurar a esterilização adequada do campo operatório e do material cirúrgico, além de prescrever antibióticos profiláticos quando indicado.
4	Hemorragia Excessiva	Monitorar os sinais vitais do paciente e aplicar técnicas de hemostasia eficazes, como o uso de agentes hemostáticos e suturas adequadas.
5	Complicações Anestésicas	Monitorar continuamente o paciente durante a anestesia e estar preparado para intervir rapidamente em caso de reações adversas.
6	Dificuldade na Cicatrização	Orientar o paciente sobre cuidados pós-operatórios, incluindo higiene oral adequada e restrições alimentares para promover uma cicatrização ideal.
7	Dor Pós-operatória Inadequada	Prescrever analgésicos apropriados e fornecer orientações claras sobre o manejo da dor para minimizar o desconforto do paciente.
8	Complicações Relacionadas a Sutura	Utilizar técnicas de sutura adequadas e materiais de sutura de alta qualidade para evitar complicações como deiscência ou infecção.
9	Edema e Inflamação Excessiva	Recomendar medidas para controle do edema, como a aplicação de compressas frias e a elevação da cabeça, e prescrever medicamentos anti-inflamatórios conforme necessário.
10	Reações Alérgicas a Medicamentos	Documentar o histórico de alergias do paciente e selecionar medicamentos que não tenham histórico de causar reações alérgicas.
11	Lesão a Estruturas Adjuntas	Utilizar técnicas cirúrgicas precisas e equipamentos adequados para minimizar o risco de lesão a estruturas adjacentes, como nervos e vasos sanguíneos.
12	Comunicação Insuficiente com o	Fornecer informações claras e completas sobre o procedimento, cuidados pós-operatórios e sinais de

	Paciente	complicações a serem observados.
13	Falta de Monitoramento Pós-operatório	Agendar consultas de acompanhamento para avaliar a evolução da cicatrização e identificar qualquer complicação precocemente.
14	Planejamento Cirúrgico Inadequado	Desenvolver um plano cirúrgico detalhado, utilizando imagens radiográficas e outros exames para orientar a execução precisa do procedimento.
15	Falha na Documentação	Manter registros completos e precisos do procedimento, incluindo notas sobre a técnica utilizada, complicações e instruções para o paciente.

3. PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA ODONTOLOGIA

1.OBJETIVO

Proporcionar um guia para o tratamento endodôntico de dentes anteriores superiores e inferiores com abscesso periapical sem fístula, garantindo a eliminação da infecção, a desinfecção dos canais radiculares e a preservação do dente.

2.DEFINIÇÕES

Um protocolo clínico é um conjunto de diretrizes sistemáticas e detalhadas que descrevem os procedimentos e técnicas a serem seguidos por profissionais de saúde para assegurar a padronização e a eficácia no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de condições odontologias específicas. No contexto deste documento, refere-se às etapas e métodos recomendados para o tratamento endodôntico de dentes anteriores com abscesso periapical sem fístula.

O tratamento endodôntico, também conhecido como tratamento de canal, é um procedimento odontológico destinado a tratar infecções e inflamações da polpa dental (o tecido mole dentro do dente). O objetivo é eliminar a infecção, desinfectar os canais radiculares e preservar o dente afetado.

3.SIGLAS

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

MTA - Cimento Mineral Trióxido Agregado

EDTA - Ácido Etilenodiaminotetracético

IR - Cimento de Óxido de Zinco e Eugenol Tipo III

IRM - Cimento de Óxido de Zinco e Eugenol

AH Plus - Cimento Obturação para Endodontia

4.APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com abscesso periapical em dentes anteriores superiores e inferiores.

5. RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. DIGNÓSTICO

Abscesso Periapical sem fistula em fase inicial ou fase I

Características: dor intensa, espontânea, pulsátil, contínua e localizada. Dor à palpação apical e à percussão; sensação de dente crescido e resposta negativa ao teste de vitalidade pulpar. A coleção purulenta está contida ao espaço do ligamento periodontal.

Abscesso Periapical sem fistula em evolução ou fase II

Característica: dor espontânea (menos intenso que na fase inicial), pulsátil e localizada; edema evidente sem ponto de flutuação e aumento volumétrico da área agredida; resposta negativa ao exame de vitalidade. Coleção purulenta atravessa a lâmina dura alveolar e invade espaços medulares alcançando a região de subperiósteo.

Abscesso Periapical sem fístula evoluído ou fase III

Características: dor espontânea (menos intensa que na fase inicial), pulsátil e localizada; edema evidente com ponto de flutuação e aumento volumétrico da área agredida, resposta negativa ao exame de vitalidade. Coleção purulenta atravessa a lâmina dura alveolar, invade espaços medulares, vence a região subperióstea e instala-se na região submucosa.

7. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.

- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com abscesso desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.

- Dentes com destruição coronária até 3/5

- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

8. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;

- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;

- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;

- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

9. TRATAMENTO

Tratamento endodôntico em polpa necrosada, com alteração periapical

1° Sessão

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- Isolamento absoluto
- Abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que para incisivos a forma de contorno é triangular com base voltada para incisal e caninos é oval. Desgaste compensatório para remoção do ombro palatino será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082 ou 3083.
- Antissepsia do campo operatório
- Abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5%
- Localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto
- Exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório até atingir a região periapical e possibilitar a drenagem do abscesso via

canal(ais). O forame apical é ampliado até a lima de n#20-25(tipo K), dependendo do dente, sendo ultrapassado em 1mm. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.

- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5%

- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica

- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical

- Inserir a medicação intracanal

- Selamento coronário com cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco ou cimento do ionômero de vidro

2° Sessão

- Anestesia

- Isolamento absoluto

- Remover selamento coronário

- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical

- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%

- Realizar radiografia de prova do cone

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente

- Manipular cimento obturador

- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na próxima sessão.

- Selamento coronário com cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco ou cimento do ionômero de vidro

10.MATERIAIS ESPECÍFICOS

10.1. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558

- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixarotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixarotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3083
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)

- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35

- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 4D 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm

- Espaçador digital p/ endodontia nº 4D 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo nº12 A
- Grampo nº13 A
- Grampo nº14
- Grampo nº26
- Grampo W8A
- Grampo nº 0
- Grampo nº00
- Grampo nº206
- Grampo nº207
- Grampo nº208
- Grampo nº209
- Grampo nº210
- Grampo nº211
- Grampo nº212
- Hollemback 3S

- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm

- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm

- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias (padronizar)
- Localizador apical (padronizar)
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho média
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND

- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

10.2. MATERIAL

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento Ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevle ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento Biocerâmico Bio-C Sealer (Angelus)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.

- Cimento obturador AH Plus (padronizar)
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70

- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida, em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodofórmio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin

- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-EzeIrrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

11.TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

12.AÇÕES CORRETIVAS

Nº	Falha/risco	Ação corretiva
1	Instrumentos não esterilizados	Verificar e seguir rigorosamente os procedimentos de esterilização; reesterilizar instrumentos antes do uso.
2	Brocas desgastadas ou danificadas	Substituir as brocas desgastadas ou danificadas imediatamente.
3	Falta de materiais essenciais durante o	Manter um inventário atualizado e realizar pedidos de reposição regularmente.

	procedimento	
4	Quebra de agulhas ou limas dentro do canal	Utilizar técnicas adequadas para evitar quebra; em caso de quebra, remover fragmentos com ferramentas adequadas.
5	Contaminação cruzada	Implementar protocolos rigorosos de controle de infecção; usar barreiras de proteção e desinfetantes.
6	Anestesia inadequada	Reavaliar a técnica de administração e ajustar a dosagem conforme necessário; garantir comunicação com o paciente.
7	Reação alérgica a materiais utilizados	Verificar histórico médico do paciente e usar materiais alternativos se necessário.
8	Fracasso no controle da infecção periapical	Avaliar novamente o diagnóstico; ajustar o plano de tratamento e considerar o uso de antibióticos.
9	Problemas na instrumentação rotatória	Realizar manutenção regular dos aparelhos e treinar a equipe no uso adequado dos instrumentos rotatórios.
10	Dor pós-operatória intensa	Prescrever analgésicos adequados e orientar o paciente sobre cuidados pós-operatórios.
11	Perda de selamento temporário entre sessões	Verificar o selamento antes do término da sessão; orientar o paciente sobre cuidados para manter o selamento.
12	Falta de comunicação com o paciente	Estabelecer uma comunicação clara sobre os procedimentos, riscos e cuidados pós-operatórios.
13	Falta de registros detalhados do tratamento	Manter registros detalhados e precisos de todos os procedimentos e progressos do tratamento.

4. PROTOCOLO ASSISTENCIAL ODONTOLOGIA – ABCESSO PERIAPICAL E FISTULA

1.OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico de dentes anteriores superiores e inferiores com abscesso periapical e fístula, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2. DEFINIÇÕES

- Abscesso Periapical: Infecção localizada na região apical da raiz do dente, geralmente causada por infecção da polpa dental.
- Fístula: Comunicação anormal entre a raiz do dente e a superfície da gengiva ou da mucosa bucal, frequentemente associada a um abscesso crônico.
- Tratamento Endodôntico: Procedimento realizado para remover a polpa dental infectada, desinfetar e preencher o canal radicular para salvar o dente.

3. SIGLAS

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal
CID 10 - Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição
MTA - Cimento Mineral Trióxido Agregado
EDTA - Ácido Etilenodiaminotetraacético
K-file - Lima de tipo K para instrumentação endodôntica
Gutta-percha - Cone de Guta-percha para obturação de canais radiculares
AH Plus - Cimento obturador de canais radiculares à base de epóxi
IRR - Irrigação (em contextos endodônticos pode ser usado para se referir à irrigação dos canais radiculares)

4. APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com abscesso periapical em dentes anteriores superiores e inferiores.

5. RESPONSABILIDADE

Dentistas Gerais
Endodontistas
Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)

6. CLASSIFICAÇÃO CID 10

Abscesso periapical com fistula: K04.6

7. DIAGNÓSTICO

Nessa fase crônica, o abscesso mostra áreas de reabsorção óssea variando do aspecto difuso ao circunscrito, podendo ser mapeado radiograficamente com introdução de cone de guta-percha através da fistula, o que possibilita identificar o ápice dentário responsável pela infecção.

O processo é assintomático. Ausência de dor à percussão, palpação e resposta negativa ao teste de vitalidade pulpar.

8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com abscesso desde que seja possivel a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;

- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;

- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;

- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.

- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;

- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;

- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10. TRATAMENTO

- Tratamento endodôntico em polpa necrosada, com alteração periapical

1ª Sessão

- Anestesia

- Remoção tecido cariado

- Isolamento absoluto

- Abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que para incisivos a forma de contorno é triangular com base voltada para incisal e caninos é oval. Desgaste compensatório para remoção do ombro palatino será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.

- Antissepsia do campo operatório

- Abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária

- Localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto

- Exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório até atingir a região periapical e possibilitar a drenagem do abscesso via canal(ais). O forame apical é ampliado até a lima de n#20-25(tipo K), dependendo do dente, sendo ultrapassado em 1mm. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.

- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito

- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica

- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical

- Aplicar medicação intracanal

- Selamento coronário com cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco ou cimento de ionômero de vidro

2ª Sessão

- Anestesia

- Isolamento absoluto

- Remover selamento coronário

- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical

- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%

- Realizar radiografia de prova do cone

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente

- Manipular cimento obturador

- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.

- Selamento coronário com cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco ou cimento de ionômero de vidro

11.TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

- **INSTRUMENTAL**

- Abridor de boca adulto e infantil

- Aparelho para instrumentação rotatória

- Aplicador de Dycal reto

- Babador impermeável

- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4

- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557

- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)

- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35

- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)

- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm

- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm

- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias

- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clinica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de aluminio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

MATERIAL

- Agulha gengival descartável curta 30g

- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30

- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical

- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum

- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12.TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13.RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14.AÇÕES CORRETIVAS

Nº	Falha/risco	Ação corretiva
1	**Diagnóstico Incorreto**	Revisar histórico clínico e realizar exames radiográficos adicionais. Consultar com um especialista se necessário.
2	**Insuficiente Controle de Infecção**	Revisar e atualizar o protocolo de desinfecção e esterilização. Usar soluções desinfetantes apropriadas e assegurar a técnica asséptica rigorosa.
3	**Reação Alérgica ao Material**	Realizar histórico de alergias antes do tratamento. Optar por materiais alternativos se houver histórico de

		alergia conhecido.
4	**Dificuldade na Localização do Canal**	Utilizar localizador apical e técnicas de radiografia para ajudar na localização dos canais. Considerar a utilização de lupas ou microscópios.
5	**Fratura de Instrumentos**	Usar instrumentos de alta qualidade e seguir as recomendações do fabricante. Evitar forçar a inserção e realizar limpezas regulares.
6	**Perfuracao ou Perda de Substância Dentária**	Monitorar a técnica de preparo e evitar excesso de desgaste. Utilizar materiais de reparo apropriados e técnicas de selamento.
7	**Obturacao Inadequada**	Verificar a vedação e a adaptação do material obturador. Usar técnicas de compactação adequadas e confirmar a obturação completa com radiografias.
8	**Não Resolução da Fístula**	Revisar o tratamento endodôntico e considerar tratamento adicional se a fístula persistir. Acompanhar a cicatrização clínica e radiográfica.
9	**Reações Adversas à Anestesia**	Confirmar a ausência de contraindicações antes da administração. Monitorar o paciente durante e após a aplicação da anestesia.
10	**Incompatibilidade dos Materiais**	Verificar compatibilidade dos materiais utilizados com o protocolo. Realizar testes prévios se necessário e manter a documentação atualizada.
11	**Equipamento Defeituoso**	Realizar manutenção regular e inspeção dos equipamentos. Substituir ou reparar equipamentos defeituosos imediatamente.
12	**Instruções de**	Fornecer ao paciente instruções

	Pós-Tratamento Insuficientes	claras e escritas sobre cuidados pós-tratamento. Agendar consultas de acompanhamento para avaliar a recuperação
00		

5.PROTOCOLO TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTES BIRRADICULARES

1.OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes birradiculares superiores e inferiores com abscesso periapical com fistula, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2.DEFINIÇÕES

O tratamento endodôntico é um procedimento odontológico destinado a tratar infecções e lesões na polpa dental, que pode resultar em abscesso periapical, caracterizado por uma infecção ao redor da raiz do dente. Dentes birradiculares são aqueles que possuem duas raízes, e a fistula é uma abertura na gengiva que permite a drenagem do pus do abscesso. A compreensão dessas definições é crucial para a aplicação correta do tratamento e para a comunicação eficaz entre a equipe odontológica e os pacientes.

2. **SIGLAS**

- CID-10: Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão
- ASB: Auxiliar de Saúde Bucal
- TSB: Técnico de Saúde Bucal
- EDTA: Ácido Etileno Diamino Tetra-acético
- MTA: Cimento Mineral Trióxido Agregado

3.APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com abscesso periapical em dentes anteriores superiores e inferiores.

4.RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

5.CLASSIFICAÇÃO CID 10

Abscesso periapical com fistula: K04.6

6.DIAGNÓSTICO

Nessa fase crônica, o abscesso mostra áreas de reabsorção óssea variando do aspecto difuso ao circunscrito, podendo ser mapeado radiograficamente com introdução de cone de guta-percha através da fistula, o que possibilita identificar o ápice dentário responsável pela infecção. O processo é assintomático. Ausência de dor à percussão, palpação e resposta negativa ao teste de vitalidade pulpar.

7.CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com abscesso desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

8.CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

9.TRATAMENTO

- Técnica da necropulpectomia (endodontia em polpa necrosada e alteração periapical).

1ª Sessão

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- Isolamento absoluto
- abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que a forma de contorno é oval no sentido vestíbulo-lingual ou palatino. Desgaste compensatório será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.

- abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária

- localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto

- exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório até atingir a região periapical e possibilitar a drenagem do abscesso via canal(ais). O forame apical é ampliado até a lima de n#20-25(tipo K), dependendo do dente, sendo ultrapassado em 1mm. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.

- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito

- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica

- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)

- Realizar desbridamento foraminal

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical

- Aplicar medicação intracanal

- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

2ª Sessão

- Anestesia
- Isolamento absoluto
- Remover selamento coronário
- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical
- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%
- Realizar radiografia de prova do cone
- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente
- Manipular cimento obturador
- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

10.TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

- **INSTRUMENTAL**
- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto

- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação

- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca Gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho

- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm

- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo nº 12 A
- Grampo nº 13 A
- Grampo nº 14
- Grampo nº 26
- Grampo nº 0
- Grampo nº 00
- Grampo nº 207
- Grampo nº 208
- Grampo nº 209
- Grampo nº 210
- Grampo nº 211
- Grampo nº 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação

- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm

- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80

- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de aluminio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina

- Tubos de ensaio 7,5X1cm
- **MATERIAL:**
- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7

- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante

- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol liq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono

- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

11.TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

12.RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

13.AÇÕES CORRETIVAS

Nº	Falha/risco	Ação corretiva
1	Infecção residual	Revisão do tratamento endodôntico, reavaliação dos canais radiculares e reforço da desinfecção.
2	Fraturas de instrumentos	Utilização de técnicas adequadas e equipamentos de alta qualidade; treinamento contínuo da equipe.
3	Insuficiência de materiais	Verificação e controle rigoroso do estoque de materiais e substituição imediata de itens inadequados.
4	Falha na cicatrização da fístula	Monitoramento contínuo da fístula e ajustes no tratamento conforme necessário; possíveis intervenções cirúrgicas para correção.

6. PROTOCOLO ASSISTENCIAL ODONTOLOGIA – ABCESSO PERIAPICA SEM FISTULA

1.OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes birradiculares superiores e inferiores com abscesso periapical sem fistula, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2.DEFINIÇÕES

O tratamento endodôntico é um procedimento odontológico destinado a tratar infecções e lesões na polpa dental, que pode resultar em abscesso periapical, caracterizado por uma infecção ao redor da raiz do dente. Dentes birradiculares são aqueles que possuem duas raízes, e a fistula é uma abertura na gengiva que permite a drenagem do pus do abscesso. A compreensão dessas definições é crucial para a aplicação correta do tratamento e para a comunicação eficaz entre a equipe odontológica e os pacientes.

3.SIGLAS

- CID - Classificação Internacional de Doenças
- ASB - Auxiliar de Saúde Bucal
- TSB - Técnico de Saúde Bucal
- MTA - Cimento Mineral Tróxido Agregado
- EDTA - Ácido Etilenodiaminotetracético
- AH Plus - Nome de um cimento obturador
- P.A. - Puro ou Padrão

4.APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com abscesso periapical em dentes anteriores superiores e inferiores.

5.RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6.CLASSIFICAÇÃO CID 10

Abscesso periapical sem fistula: K04.6

7.DIAGNÓSTICO

Abscesso Periapical sem fistula em fase inicial ou fase I

Caracteristicas: dor intensa, espontânea, pulsátil, continua e localizada. Dor à palpação apical e à percussão; sensação de dente crescido e resposta negativa ao teste de vitalidade pulpar. A coleção purulenta está contida ao espaço do ligamento periodontal.

Abscesso Periapical sem fistula em evolução ou fase II

Característica: dor espontânea (menos intenso que na fase inicial), pulsátil e localizada; edema evidente sem ponto de flutuação e aumento volumétrico da área agredida; resposta negativa ao exame de vitalidade. Coleção purulenta atravessa a lâmina dura alveolar e invade espaços medulares alcançando a região de subperiósteo.

Abscesso Periapical sem fistula evoluído ou fase III

Características: dor espontânea (menos intensa que na fase inicial), pulsátil e localizada; edema evidente com ponto de flutuação e aumento volumétrico da área agredida, resposta negativa ao exame de vitalidade. Coleção purulenta atravessa a lâmina dura alveolar, invade espaços medulares, vence a região subperióstea e instala-se na região submucosa.

8.CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.

- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com abscesso desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.

- Dentes com destruição coronária até 3/5

- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9.CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;

- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;

- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;

- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.

- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;

- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;

- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10.TRATAMENTO

- Técnica da necropulpectomia (endodontia em polpa necrosada e alteração periapical)

1ª Sessão

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- Isolamento absoluto
- abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que a forma de contorno é oval no sentido vestíbulo-lingual ou palatino. Desgaste compensatório será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
- antissepsia do campo operatório
- abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária
- localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto
- exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório até atingir a região periapical e possibilitar a drenagem do abscesso via canal(ais). O forame apical é ampliado até a lima de n#20-25(tipo K), dependendo do dente, sendo ultrapassado em 1mm. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.
- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica
- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)
- Realizar desbridamento foraminal

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical

- Aplicar medicação intracanal

- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

2ª Sessão

- Anestesia

- Isolamento absoluto

- Remover selamento coronário

- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical

- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%

- Realizar radiografia de prova do cone

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente

- Manipular cimento obturador

- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível

realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.

- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

11.TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

a. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081

- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm

- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6

- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26

- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm

- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm

- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical

- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule Inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

b. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento Ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)

- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30

- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida, em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico

- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12.TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

13.RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14.AÇÕES CORRETIVAS

Nº	Falha/risco	Ação corretiva
1	Falha na remoção completa do tecido necrótico	Reavaliar o diagnóstico e usar irrigantes eficazes.
2	Fratura de Instrumento Endodôntico	Usar técnicas adequadas e instrumentos de alta qualidade.
3	Perfuração do Canal Radicular	Avaliar a anatomia e evitar avanço excessivo dos instrumentos.
4	Falta de Vedação Adequada	Escolher materiais de qualidade e garantir vedação completa.
5	Infecção Secundária Após o Tratamento	Implementar controle rigoroso de infecção e acompanhar o paciente.
	Reação Alérgica ao Material de Obturação	Revisar histórico de alergias e usar materiais biocompatíveis.

7. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS NECROSE PULPA

1.OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes anteriores superiores e inferiores incisivos e caninos com necrose pulpa, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2.DEFINIÇÕES

A polpa dentária normalmente está livre de sinais e sintomas, respondendo positivamente aos testes térmicos e elétricos. Ao serem estimuladas, apresentam uma resposta dolorosa cuja intensidade é compatível com o estímulo aplicado. Na necrose pulpar, o dente pode apresentar cavidade aberta ou fechada e não responde aos estímulos dolorosos.

3.SIGLAS

- ASB - Auxiliares de Saúde Bucal
- CID - Classificação Internacional de Doenças
- EDTA - Ácido etilenodiamino tetra-acético
- MTA - Mineral Trióxido Agregado
- TSB - Técnicos de Saúde Bucal

4.APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com dentes anteriores superiores e inferiores incisivos e caninos com necrose pulpa.

5.RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6.CLASSIFICAÇÃO CID 10

Necrose pulpar:

7.DIAGNÓSTICO

No Contexto do diagnóstico clínico pulpar, na necrose pulpar o dente apresenta ausência de sinais e sintomas, não responde aos testes térmicos (frio e quente), ausência de dor à percussão vertical e horizontal e ausência de rarefação óssea.

8.CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com necrose pulpar desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9.CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10.TRATAMENTO

- Técnica da necropulpectomia (endodontia em polpa necrosada)

1ª Sessão

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- Isolamento absoluto
- abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que para incisivos a forma de contorno é triangular com base voltada para incisal e caninos é oval. Desgaste compensatório para remoção do ombro palatino será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
- antissepsia do campo operatório
- abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária
- localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto
- exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.
- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica
- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)

- Realizar desbridamento foraminal com canal inundado de hipoclorito

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical

- Aplicar medicação intracanal

- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro.

2ª Sessão

- Anestesia

- Isolamento absoluto

- Remover selamento coronário

- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical

- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%

- Realizar radiografia de prova do cone

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente

- Manipular cimento obturador

- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.

- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro.

11.TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

c. INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04

- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm

- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4

- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14

- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm

- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 – 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm

- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media

- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

d. MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento Ionômero de vidro para restauração

- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80

- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio

- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

12.TRATAMENTO - FÁRMACOS

13.RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

14.AÇÕES CORRETIVAS

Nº	Falha/risco	Ação corretiva
1	Persistência de dor pós-tratamento	Reavaliar a instrumentação e desinfecção dos canais; realizar nova medicação intracanal se necessário.
2	Infecção persistente	Prescrever antibiótico adequado; considerar reintervenção endodôntica ou cirurgia periapical.
3	Fratura de instrumentos endodônticos	Remover fragmentos se possível; considerar encaminhamento a um especialista em endodontia.
4	Extravasamento de hipoclorito	Interromper o procedimento; irrigar com soro fisiológico e aplicar cuidados paliativos.
5	Falha na obturação	Reavaliar a técnica utilizada; realizar nova obturação com controle radiográfico.
6	Perda da restauração provisória	Realizar nova vedação provisória; agendar consulta para restauração definitiva o mais rápido possível.
7	Reabsorção radicular interna ou externa	Monitorar radiograficamente; considerar tratamento adicional como cirurgia periapical se progressiva.
8	Desenvolvimento de fístula	Diagnosticar a causa subjacente; realizar tratamento adequado do canal radicular e drenagem da infecção.
9	Problemas sistêmicos decorrentes do tratamento	Consultar médico do paciente; ajustar medicação e considerar intervenção multidisciplinar.
10	Inadequada vedação coronal	Realizar nova restauração coronal; garantir vedação adequada para prevenir reinfecção.
11	Recidiva de abscesso	Avaliar novamente a causa da infecção; realizar nova instrumentação e desinfecção dos canais radiculares.
12	Comunicação entre canais	Identificar e tratar todos os canais; garantir que todos estejam desinfetados e obturados corretamente.

8. PROTOCOLO NECROSE PULPAR – SUPERIORES E INFERIORES

1.OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico dentes birradiculares superiores e inferiores com necrose pulpar, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2.DEFINIÇÕES

A polpa normal está livre de sinais e sintomas, respondendo positivamente aos testes térmicos e elétricos. Reage aos estímulos com uma resposta dolorosa de intensidade compatível com a excitação provocada. Na necrose pulpar, o dente pode apresentar cavidade aberta ou fechada e não responde aos estímulos dolorosos.

3.APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com dentes birradiculares superiores e inferiores com necrose pulpar.

4.RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

5.CLASSIFICAÇÃO CID 10

Necrose pulpar:

6.DIAGNÓSTICO

No Contexto do diagnóstico clínico pulpar, na necrose pulpar o dente apresenta ausência de sinais e sintomas, não responde aos testes térmicos (frio e quente), ausência de dor à percussão vertical e horizontal e ausência de rarefação óssea.

7.CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com necrose pulpar desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

8.CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;
- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.
- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;
- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;
- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

9.TRATAMENTO

- Técnica da necropulpectomia (endodontia em polpa necrosada)

1ª Sessão

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- Isolamento absoluto
- abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que a forma de contorno é oval no sentido vestíbulo-lingual ou palatino. Desgaste compensatório será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
- antissepsia do campo operatório
- abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária
- localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto
- exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.
- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica
- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)

- Realizar desbridamento foraminal com canal inundado de hipoclorito

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical

- Aplicar medicação intracanal

- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro.

2ª Sessão

- Anestesia

- Isolamento absoluto

- Remover selamento coronário

- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical

- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%

- Realizar radiografia de prova do cone

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente

- Manipular cimento obturador

- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.

- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro.

10.TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

A) INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04

- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm

- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4

- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14

- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm

- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm

- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media

- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

B) MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração

- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80

- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol líq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio

- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

AÇÕES CORRETIVAS

Nº	Falha/risco	Ação corretiva
1	Persistência de dor pós-tratamento	Reavaliar a instrumentação e desinfecção dos canais; considerar nova medicação intracanal e reavaliar a técnica de obturação.
2	Infecção persistente	Prescrever antibiótico adequado; realizar nova limpeza e desinfecção dos canais; considerar tratamento adicional se necessário.
3	Fratura de instrumentos endodônticos	Remover fragmentos se possível; usar técnicas de recuperação ou encaminhar para um especialista.
4	Extravasamento de hipoclorito	Interromper o procedimento; irrigar com soro fisiológico e monitorar o paciente para possíveis efeitos adversos.
5	Falha na obturação	Reavaliar a técnica de obturação; realizar nova obturação com controle radiográfico detalhado.
6	Perda da restauração provisória	Realizar nova vedação provisória; agendar consulta para restauração definitiva.
7	Reabsorção radicular interna ou externa	Monitorar radiograficamente e clinicamente; considerar tratamento adicional como cirurgia periapical se necessário.
8	Desenvolvimento de novos sintomas	Reavaliar diagnóstico; considerar uma nova abordagem terapêutica ou interconsultar com um especialista.
9	Problemas sistêmicos decorrentes do tratamento	Consultar médico do paciente; ajustar a medicação e considerar a intervenção multidisciplinar se necessário.
10	Inadequada vedação coronal	Realizar nova restauração coronal; garantir vedação adequada para prevenir a reinfecção.
11	Recidiva de necrose pulpar	Reavaliar a causa da necrose; considerar nova instrumentação e desinfecção dos canais radiculares.
12	Comunicação entre canais	Identificar e tratar todos os canais; usar técnicas avançadas de visualização e instrumentação para garantir que todos os canais sejam adequadamente tratados.

9. PROTOCOLO NECROSE PULPAR- DENTES MULTIRRADICULARES

1.OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes multirradiculares superiores e inferiores com necrose pulpar, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2.DEFINIÇÕES

A polpa dentária saudável não apresenta sinais ou sintomas e responde adequadamente aos testes térmicos e elétricos, com uma resposta dolorosa cuja intensidade corresponde ao estímulo aplicado. Em contraste, na necrose pulpar, o dente pode exibir cavidade aberta ou fechada e não responder aos estímulos dolorosos.

3.SIGLAS

- ASB: Auxiliar de Saúde Bucal
- CID: Classificação Internacional de Doenças
- EDTA: Ácido Etilenodiaminotetracético
- TSB: Técnico de Saúde Bucal

4.APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com dentes multirradiculares superiores e inferiores com necrose pulpar.

5.RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6.CLASSIFICAÇÃO CID 10

Necrose pulpar:

7.DIAGNÓSTICO

No Contexto do diagnóstico clínico pulpar, na necrose pulpar o dente apresenta ausência de sinais e sintomas, não responde aos testes térmicos (frio e quente), ausência de dor à percussão vertical e horizontal e ausência de rarefação óssea.

8.CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.

- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com necrose pulpar desde que seja possível a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.

- Dentes com destruição coronária até 3/5

- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

9.CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;

- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;

- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;

- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.

- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;

- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;

- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

10.TRATAMENTO

- Técnica da necropulpectomia (endodontia em polpa necrosada)

1ª Sessão

- Anestesia
- Remoção tecido cariado
- Isolamento absoluto
- abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que a forma de contorno é triangular com base voltada para vestibular nos molares superiores e trapezoidal com base maior voltada para mesial nos molares inferiores. Desgaste compensatório será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.
- antissepsia do campo operatório
- abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da polpa coronária
- Localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto
- Exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.
- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração com hipoclorito
- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica

- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)

- Realizar desbridamento foraminal com canal inundado de hipoclorito

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 2,5%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical

- Aplicar medicação intracanal

- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

2ª Sessão

- Anestesia

- Isolamento absoluto

- Remover selamento coronário

- Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% para remoção da medicação intracanal passando o último instrumento utilizado no preparo apical

- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%

- Realizar radiografia de prova do cone

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente
- Manipular cimento obturador
- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.
- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

11.TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

INSTRUMENTAL

- Abridor de boca adulto e infantil
- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02

- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm

- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4

- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A

- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212
- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm

- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm

- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm
- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura

- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule Inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND
- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração

- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8
- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80

- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha
- Eugenol liq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50º C - spray
- Guta percha sortida , em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio

- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator
- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

11.TRATAMENTO - FÁRMACOS

Protocolo farmacológico

12.RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

13.AÇÕES CORRETIVAS

Nº	Falha/Risco	Ação corretiva
1	Persistência de dor pós-tratamento	Reavaliar a instrumentação e desinfecção dos canais; considerar nova medicação intracanal e ajustar a técnica de obturação.
2	Infecção persistente	Prescrever antibiótico adequado; realizar nova limpeza e desinfecção dos canais; considerar uma nova abordagem ou intervenção adicional se necessário.
3	Fratura de instrumentos endodônticos	Remover fragmentos se possível; considerar o uso de técnicas de recuperação ou encaminhamento para um especialista.
4	Extravasamento de hipoclorito	Interromper o procedimento imediatamente; irrigar com soro fisiológico e monitorar o paciente para possíveis efeitos adversos.
5	Falha na obturação	Reavaliar a técnica de obturação utilizada; realizar nova obturação com controle radiográfico detalhado para assegurar a correta vedação dos canais.
6	Perda da restauração provisória	Realizar nova vedação provisória; agendar consulta para a restauração definitiva o mais rápido possível.
7	Reabsorção radicular interna ou externa	Monitorar radiograficamente e clinicamente; considerar tratamento adicional como cirurgia periapical se a reabsorção for progressiva.
8	Desenvolvimento de novos sintomas	Reavaliar o diagnóstico e o plano de tratamento; considerar a necessidade de uma abordagem terapêutica alternativa ou consulta com um especialista.
9	Problemas sistêmicos decorrentes do tratamento	Consultar um médico para avaliar possíveis efeitos colaterais; ajustar a medicação e considerar a intervenção multidisciplinar se necessário.

10	Inadequada vedação coronal	Realizar nova restauração coronal com técnicas adequadas para garantir uma vedação eficaz e prevenir a reinfecção.
11	Recidiva de necrose pulpar	Reavaliar a causa da necrose; considerar nova instrumentação e desinfecção dos canais radiculares; ajustar o plano de tratamento conforme necessário.
12	Comunicação entre canais	Identificar e tratar todos os canais radiculares; usar técnicas avançadas de visualização e instrumentação para garantir que todos os canais sejam adequadamente tratados.

10. PROTOCOLO DE TRATAMENTO DENTES ANTERIORES E INFERIORES COM PULPITE

1.OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento endodôntico em dentes anteriores superiores e inferiores (incisivos e caninos) com pulpite, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2.DEFINIÇÕES

Pulpite é uma inflamação aguda da polpa dentária. Baseado nas respostas e características clínicas da dor, não é possível definir um diagnóstico histopatológico, mas apenas afirmar se a polpa está ou não doente. No contexto do diagnóstico clínico, é importante distinguir entre pulpite aguda (sintomática) e pulpite crônica (assintomática).

3.APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam procedimentos endodônticos. Ele é destinado a dentistas e endodontistas que tratam pacientes com abscesso periapical em dentes anteriores superiores e inferiores.

4.RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Endodontistas
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6. DIAGNÓSTICO

No contexto do diagnóstico clínico da dor pulpar, é fundamental distinguir entre sintomas agudos ou crônicos, bem como entre inflamações agudas ou crônicas. Segundo Bell, a dor aguda é de curta duração, enquanto a dor crônica dura mais de seis meses. O diagnóstico da dor pulpar deve ser realizado com base em evidências clínicas, sinais e sintomas apresentados, além do exame de vitalidade pulpar. A pulpite sintomática é verificada em situações de dor pulpar presente em cavidade fechada, com aparecimento espontâneo e teste de vitalidade pulpar (TVP) positivo. Já a pulpite assintomática está associada a situações de sintoma provocado, geralmente com cavidade aberta (hiperplasia ou ulceração pulpar), cujo exame de vitalidade mostrou-se pouco efetivo. Em resumo, a pulpite sintomática se caracteriza por cavidade fechada, sintoma espontâneo e resposta positiva ao TVP, enquanto a pulpite assintomática apresenta cavidade aberta, sintoma provocado e resposta pouco efetiva ao TVP

7.CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes de demanda regulada e referenciada com encaminhamento de cirurgião-dentista de uma unidade básica de saúde ou paciente da presente unidade que tenham passado por interconsulta.
- Serão realizados tratamentos endodônticos em dentes com pulpite desde que seja possivel a sua reabilitação funcional na unidade com prognóstico favorável.
- Dentes com destruição coronária até 3/5
- Dentes com estrutura radicular remanescente suficiente para suporte do pino ou núcleo de preenchimento.

8.CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes portadores de necessidades especiais quando as doenças preexistentes ou o tratamento odontológico possam agravar sua condição sistêmica;
- Procedimentos em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar;
- Dentes cujo tratamento restaurador esteja fora dos critérios estabelecidos pela unidade;

- Dentes com coras destruídas acima de ¾ com estrutura radicular remanescente insuficiente em tamanho e espessura inviabilizando o suporte de pino ou núcleo de preenchimento.

- Dentes com mais de 2/3 de perda de suporte óssea radicular;

- Dentes com lesão na região de furca que comprometa a implantação óssea;

- Dentes terceiros molares se não forem pilares para procedimentos protéticos.

9.TRATAMENTO

- Técnica da biopulpectomia (endodontia em polpa vital)

- Anestesia

- Remoção tecido cariado

- Isolamento absoluto

- abertura coronária: deverá ser realizada com broca n.1014/ 1015 de acordo com o tamanho do dente, sendo que para incisivos a forma de contorno é triangular com base voltada para incisal e caninos é oval. Desgaste compensatório para remoção do ombro palatino será realizado com broca tronco-cônica 3081, 3082.

- antissepsia do campo operatório

- abundante irrigação – aspiração da câmara coronária com hipoclorito de sódio a 1% para remoção da polpa coronária

- localização da(s) entrada(s) do(s) canal(s) radicular(es) com explorador reto

- exploração do(s) canais radiculares com limas de pequeno calibre de tamanho compatível com a amplitude do(s) canal(is) seguindo o comprimento de trabalho provisório. Em canais atrésicos deve-se utilizar limas tipo K-file de n#08-15, seguindo de abundante irrigação-aspiração.

- Preparar terço cervical e médio por meio de alargadores tipo Gates, Largo ou Sistema Rotatório de tamanhos compatíveis com a amplitude do canal radicular seguido de abundante irrigação-aspiração.

- Escolher instrumento compatível com o diâmetro anatômico apical para a realização da odontometria radiográfica ou eletrônica

- Preparo do terço apical utilizando-se três instrumentos acima do instrumento anatômico seguindo-se abundante irrigação-aspiração a cada troca do instrumento (manual ou sequência técnica do sistema rotatório)

- Selecionar o(s) cone(s) principal(ais), de acordo com o(s) último(s) instrumento(s) utilizado(s) no preparo apical e os demais cones acessórios, e desinfectar em hipoclorito de sódio a 1%

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente de tamanho compatível com o instrumento final utilizado no preparo apical e realizar irrigação com EDTA 17% que deve ser mantido no canal por agitação manual por 5 minutos ou com ponta de ultrassom e em seguida irrigar com hipoclorito de sódio a 1%

- Realizar radiografia de prova do cone

- Secar o(s) canal (ais) com cone de papel absorvente

- Manipular cimento obturador

- Obturar o(s) canal(ais) radicular(es) pela técnica da condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger na mesma sessão. Caso não seja possível realizar a obturação, seja por limite de tempo, seja por hemorragia intra-canal ou dor a percussão vertical, pode-se realizar o emprego da medicação intra-canal (hidróxido de cálcio + soro fisiológico) e obturar na 2 ° sessão.

- Selamento coronário com Cimento de Óxido de Zinco e Sulfato de Zinco ou Cimento do Ionômero de Vidro

10.TRATAMENTO – MATERIAIS ESPECÍFICOS

a **INSTRUMENTAL**

- Abridor de boca adulto e infantil

- Aparelho para instrumentação rotatória
- Aplicador de Dycal reto
- Babador impermeável
- Bandeja de aço inox p/ instrumental sem tampa 30x20x4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1557
- Broca carbide p/ alta rotação nº 1558
- Broca carbide p/ alta rotação nº 4
- Broca carbide p/ alta rotação nº 6
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 02
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 04
- Broca carbide p/ alta rotação haste longa nº 06
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 02
- Broca carbide baixa rotação contra ângulo haste longa nº 04
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3081
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3082
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1011 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1012 HL
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1013 HL

- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1014 HL
- Broca Endo Z para alta rotação
- Broca gates nº 01 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 02 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 03 (28 e 32 mm)
- Broca gates nº 04 (28 e 32 mm)
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 28 mm
- Broca de largo nº 01 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 02 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 03 para baixa rotação de 32 mm
- Broca de largo nº 04 para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 28 mm
- Broca lentulo nº 25, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 30, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 35, espiral, para baixa rotação de 32 mm
- Broca lentulo nº 40, espiral, para baixa rotação de 32 mm

- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caneta de alta rotação
- Colgaduras individuais
- Condensador Macspaden nº 35
- Condensador Macspaden nº 40
- Condensador Macspaden nº 45
- Condensador Macspaden nº 50
- Condensador de Paiva nº 1
- Condensador de Paiva nº 2
- Condensador de Paiva nº 3
- Condensador de Paiva nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 4
- Condensador para amálgama tipo Ward nº 6
- Contra ângulo
- Cureta dentinária nº 05
- Cureta dentinária nº 17
- Cureta dentinária nº 18
- Cureta dentinária nº 19
- Cureta dentinária nº 20
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 21mm

- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 21mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 1A 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 2B 25mm
- Espaçador digital p/ endodontia nº 3C 25mm
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espelho bucal de primeiro plano (Front Surface)
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Explorador duplo ponta reta para endodontia
- Flexo Bend
- Grampo Ivory n. 12 A
- Grampo Ivory n. 13 A
- Grampo Ivory n. 14
- Grampo Ivory n. 26
- Grampo n. 0
- Grampo n. 00
- Grampo n. 207
- Grampo n. 208
- Grampo n. 209
- Grampo n. 210
- Grampo n. 211
- Grampo n. 212

- Hollemback 3S
- Kit de endodontia - aspiração e irrigação
- Lamparina a álcool
- Lima série especial nº 06 - 21 mm
- Lima série especial nº 06 - 25 mm
- Lima série especial nº 08 - 21 mm
- Lima série especial nº 08 - 25 mm
- Lima série especial nº 10 - 21 mm
- Lima série especial nº 10 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 21 mm
- Lima tipo flexofile 15- 25 mm
- Lima tipo flexofile 20 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 25 mm
- Lima tipo flexofile 15- 31 mm

- Lima tipo flexofile 20 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 25 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 30 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 35 - 31 mm
- Lima tipo flexofile 40 - 31 mm
- Lima tipo kerr 15 - 21mm
- Lima tipo kerr 20 - 21mm
- Lima tipo kerr 25 - 21mm
- Lima tipo kerr 30 - 21mm
- Lima tipo kerr 35 - 21mm
- Lima tipo kerr 40 - 21mm
- Lima tipo kerr 15 - 25 mm
- Lima tipo kerr 20 - 25 mm
- Lima tipo kerr 25 - 25 mm
- Lima tipo kerr 30 - 25 mm
- Lima tipo kerr 35 - 25 mm
- Lima tipo kerr 40 - 25 mm
- Lima tipo kerr 45 - 21mm
- Lima tipo kerr 50 - 21mm
- Lima tipo kerr 55 - 21mm
- Lima tipo kerr 60 - 21mm
- Lima tipo kerr 70 - 21mm

- Lima tipo kerr 80 - 21mm
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Lima tipo kerr 2ª série nº 45 - 80
- Limas CPlus ou C Pilot (n. 08, 10 e 15)
- Limas rotatórias
- Localizador apical
- Lupa c/ armação plástica de 5,5 cm de diâmetro (10 aumentos)
- Micromotor
- Perfurador de Ainsworth
- Pinça clínica
- Pinça Palmer (pinça porta grampos de isolamento)
- Placa de vidro retangular 10mm espessura
- Placa de petri de vidro c/ 03 divisões tamanho media
- Posicionador para radiografia periapical
- Posicionador RH para tomadas radiográficas com isolamento absoluto
- Pote dapen de vidro
- Régua endodôntica milimetrada de alumínio 40 mm
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Seringa ML
- Seringa Centrix
- Tamborel - CLEAN STAND

- Tesoura ponta reta 17 cm fina/ fina
- Tubos de ensaio 7,5X1cm

MATERIAL:

- Agulha gengival descartável curta 30g
- Agulha gengival descartável longa 27g
- Algodão (rolos) - pct
- Arco de Ostby adulto (fechado sem articulação)
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Calen
- Cartões para raio-X
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento ionômero de vidro para restauração
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo II - pó e líquido (pulposan)
- Cimento de óxido de zinco e eugenol tipo III - pó e líquido (IRM)
- Cimento de óxido de zinco e sulfato de zinco (Vilevie ou Cimpat)
- Cimento p/ obturação de canais radiculares a base de hidróxido de cálcio- pó / liq
- Cimento Mineral trióxido agregado (MTA)
- Cimento de Ionômero de vidro fotoativado - restaurador pó e liq.
- Cimento obturador AH Plus (padronizar)
- Cone de guta percha acessórios - R7
- Cone de guta percha acessórios - R8

- Cone de guta percha principal nº 25
- Cone de guta percha principal nº 30
- Cone de guta percha principal nº 35
- Cone de guta percha principal nº 40
- Cone de guta percha principal nº 45
- Cone de guta percha principal nº 50
- Cone de guta percha principal nº 55
- Cone de guta percha principal nº 60
- Cone de guta percha principal nº 70
- Cone de guta percha principal nº 80
- Cone de papel absorvente nº 25
- Cone de papel absorvente nº 30
- Cone de papel absorvente nº 35
- Cone de papel absorvente nº 40
- Cone de papel absorvente nº 45
- Cone de papel absorvente nº 50
- Cone de papel absorvente nº 55
- Cone de papel absorvente nº 60
- Cone de papel absorvente nº 70
- Cone de papel absorvente nº 80
- EDTA trissódico líquido agente quelante
- Eucaliptol solvente de guta percha

- Eugenol liq. (20 ml)
- Filme radiográfico periapical
- Fio dental 100 m
- Gaze
- Gelo seco - 50° C - spray
- Guta percha sortida, em bastão
- Hidróxido de cálcio p.a.
- Hipoclorito de sódio 1%
- Hipoclorito de sódio 2,5%
- Iodoformio
- Kit de aspiração para endodontia (cânula e pontas)
- Lençol de borracha odontológico
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico
- Lubrificante alta rotação óleo - spray
- Lubrificante baixa rotação óleo - spray
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor
- Otosporin
- Óxido de zinco - 50g
- Paramono
- Pontas para irrigação Endo-Eze Irrigator

- Químico revelador comum
- Químico fixador comum
- Resina acrílica autopolimerizante pó - rosa
- Resina acrílica autopolimerizante líquido
- Seringa hipodérmica 10ml
- Seringa de plástico Ultradent - 5ml para irrigação
- Sugador descartável ponta flexível
- Top Dam (barreira gengival)
- Vaselina sólida branca 20 gr

11.AÇÕES CORRETIVAS

Nº	Falha/risco	Ação corretiva
1	Diagnóstico incorreto	Reavaliar sinais e sintomas; realizar exames adicionais, como radiografias.
2	Anestesia insuficiente	Aplicar anestesia suplementar; considerar diferentes técnicas anestésicas.
3	Dificuldade no isolamento do dente	Reajustar ou substituir o dique de borracha; utilizar outros métodos de isolamento.
4	Acesso inadequado à câmara pulpar	Ajustar a entrada de acesso; utilizar técnicas de ampliação visual, como lupas ou microscópios.
5	Instrumentação insuficiente ou excessiva	Reavaliar e ajustar a técnica de instrumentação; usar instrumentos adequados.
6	Extravasamento de irrigante	Controlar o volume de irrigante; usar técnicas de irrigação seguras e controladas.
7	Obstrução dos canais radiculares	Reavaliar a técnica de instrumentação; considerar uso de micro-instrumentos ou ultrassom.
8	Fratura de instrumento	Retirar o fragmento com técnicas específicas; considerar encaminhamento para especialista.
9	Subobturacão ou sobreobturação	Reavaliar a obturação; corrigir com retratamento se necessário.

10	Infecção pós-operatória	Prescrever antibióticos se necessário; instruir o paciente sobre higiene e cuidados pós-operatórios.
11	Dor persistente após o tratamento	Reavaliar o tratamento; considerar causas secundárias; aplicar terapias adicionais ou retratamento.
12	Diagnóstico incorreto	Reavaliar sinais e sintomas; realizar exames adicionais, como radiografias.

11. PROTOCOLO DE EXAME CLÍNICO PERIDONTAL

1.OBJETIVO

Este protocolo visa fornecer orientações detalhadas para o tratamento Clínico Para Exame Clínico Periodontal, assegurando um tratamento eficaz e seguro.

2.DEFINIÇÕES

Um diagnóstico apropriado é essencial para um tratamento inteligente. O diagnóstico periodontal deve primeiro determinar se a doença está presente; identificar, então, seu tipo, extensão, distribuição e gravidade; e finalmente proporcionar um entendimento dos processos patológicos subjacentes e suas causas. As doenças periodontais são caracterizadas pelas alterações da cor e da textura da gengiva, por exemplo, rubor e edema, assim como o aumento da tendência a sangramento à sondagem na área do sulco gengival/bolsa. Além disso, os tecidos periodontais podem exibir resistência reduzida à sondagem, que é percebida como o aumento da profundidade à sondagem e/ou da recessão tecidual. Os estágios avançados da periodontite podem também estar associados ao aumento da mobilidade dentária, assim como a migração ou a vestibularização dos dentes. Os sinais clínicos da gengivite incluem a mudança na cor e na textura do tecido mole gengival marginal e sangramento à sondagem.

Na periodontite, além das alterações inflamatórias na gengiva, há uma perda progressiva da inserção periodontal e do osso alveolar e um exame abrangente precisa incluir as avaliações de tais alterações patológicas.

3.SIGLAS

- JCE: Junção Cemento-Esmalte
- ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

- TSB: Técnico de Saúde Bucal

4.APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam Exame Clínico Periodontal.

5.RESPONSABILIDADE

- Dentistas Gerais
- Cirurgião Dentista Periodontista
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)
- Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

PARÂMETROS A SER AVALIADOS

Para avaliar a quantidade de tecido perdido na periodontite e para identificar a extensão apical da lesão inflamatória, os seguintes parâmetros devem ser registrados:

- Profundidade da bolsa à sondagem;
- Nível da inserção à sondagem;
- Envolvimento da furca;
- Mobilidade dentária.

O sangramento à sondagem deverá também ser avaliado, uma vez que a ocorrência de tal sangramento, especialmente em avaliações repetidas, é indicativo da progressão da doença (Lang et al., 1986), embora o valor preditivo desse parâmetro isolado permaneça bastante baixo (30%). Por outro lado, a ausência de sangramento à sondagem produz um alto valor prognóstico negativo (98,5%) e, consequentemente, é um importante indicador da

estabilidade periodontal (Lang et al., 1990; Joss et al., 1994).

Avaliação da profundidade da bolsa à sondagem

A profundidade à sondagem, que é a distância da margem da gengiva ao fundo do sulco/bolsa gengival, é medida em milímetros, por meio de uma sonda periodontal milimetrada, com o diâmetro da ponta padronizado em aproximadamente 0,4 a 0,5 mm.

Avaliação do nível de inserção à sondagem

O nível de inserção à sondagem pode ser avaliado em milímetros por meio de uma sonda milimetrada, e expresso como a distância em milímetros da JCE (Junção Cemento-Esmalte) ao fundo da bolsa periodontal/ gengival sondável. A avaliação clínica requer a medição da distância da margem da gengiva livre à JCE para cada superfície dentária.

Avaliação do envolvimento de furca

A progressão da periodontite ao redor dos dentes multirradiculares pode envolver a destruição das estruturas de suporte da área da ramificação. Para planejarmos o tratamento de tal envolvimento é importante para o diagnóstico apropriado a identificação detalhada e precisa da presença e da extensão da degradação do tecido periodontal na área.

O envolvimento de furca é avaliado em todas as entradas de lesões periodontais possíveis dos dentes multirradiculares, ou seja, as entradas vestibulares e/ou linguais dos dentes molares inferiores. Os molares e pré-molares superiores são examinados nas entradas vestibulares, distopalatinas e mesiopalatinas. Em virtude da posição dos primeiros molares superiores dentro do processo alveolar, a furca entre as raízes mesiovestibular e palatina é mais bem explorada do lado palatino.

Para efetuarmos a avaliação do envolvimento de furca, utilizamos a sonda periodontal curva com graduações de 3 mm (sonda de furca de Nabers). Dependendo da profundidade de penetração, o envolvimento de furca é classificado como "superficial" ou "profundo":

Classe I: profundidade à sondagem horizontal ≤ 3 mm a partir de uma ou duas entradas;

Classe II: profundidade à sondagem horizontal > 3 mm a partir, no máximo, de uma entrada e/ou combinado com o envolvimento de furca Classe I;

Classe III: profundidade à sondagem horizontal > 3 mm a partir de duas ou mais entradas geralmente representa uma destruição total dos tecidos de sustentação na furca.

Avaliação da mobilidade dentária

O aumento da mobilidade dentária pode ser classificado de acordo com Miller (1950):

Grau 0: mobilidade "fisiológica" medida no nível da coroa. O dente mostra mobilidade de 0,1 a 0,2 mm na direção horizontal no alvéolo;

Grau 1: aumento da mobilidade da coroa do dente de, no máximo, 1 mm na direção horizontal;

Grau 2: aumento da mobilidade da coroa do dente em mais de 1 mm na direção horizonta;l

Grau 3: grave mobilidade da coroa do dente tanto na direção horizontal quanto na vertical, interferindo na função do dente.

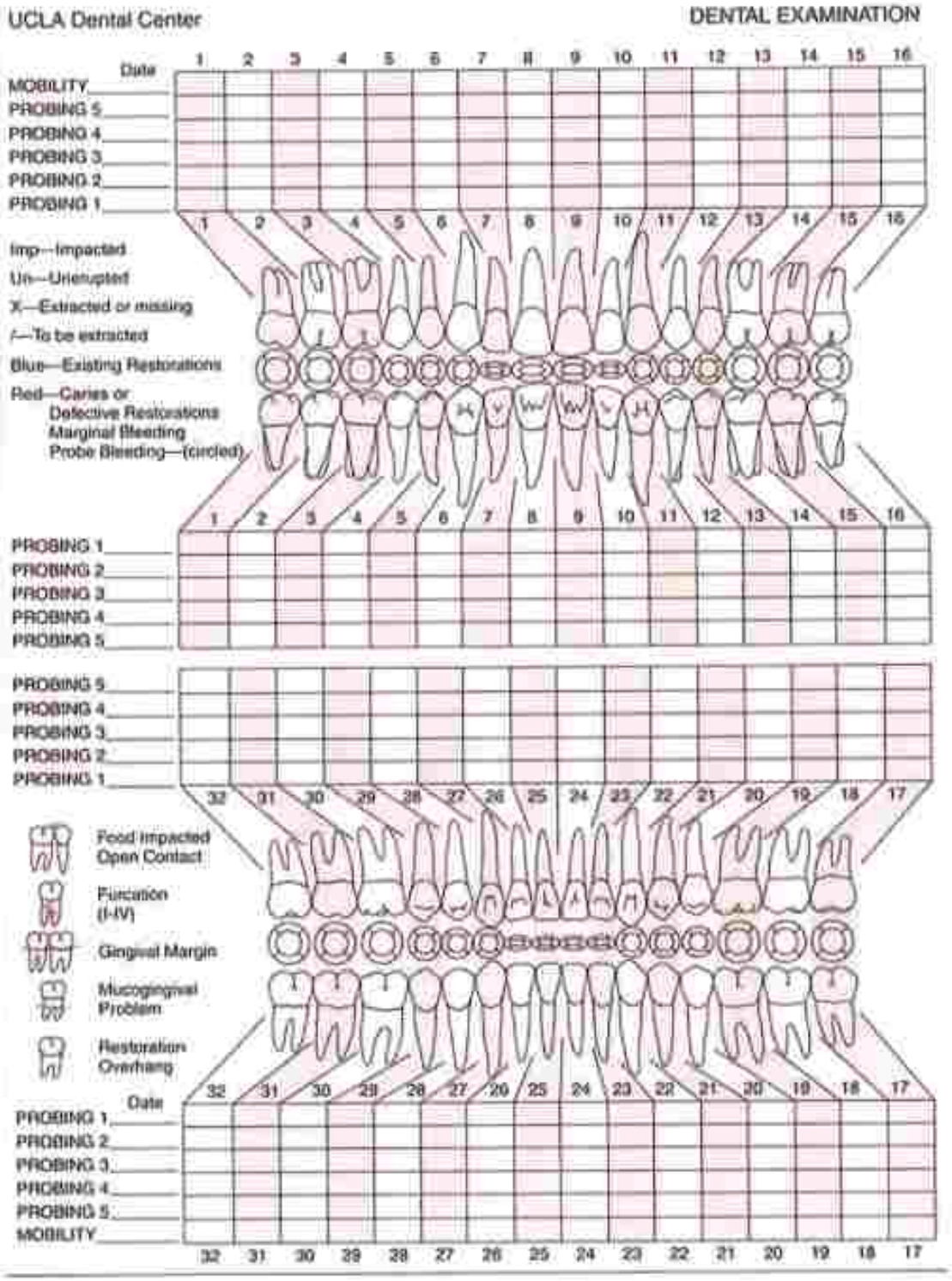
Sangramento à sondagem

Uma sonda periodontal é introduzida no "fundo" da bolsa gengival/periodontal com aplicação de força leve e é movida delicadamente ao longo da superfície dentária (raiz). Se o sangramento for provocado na remoção da sonda, o local examinado é considerado positivo e, consequentemente, está inflamado.

- **REGISTRO (PERIOGRAMA**

O exame periodontal deve ser sistemático, começando pela região dos molares na maxila ou na mandíbula e prosseguindo por todo o arco dentário. O exame é importante para detectar sinais precoces de doenças gengivais e periodontais.

As fichas de registro dos achados periodontais e associados servem como guia para um exame direto e para anotar as condições do paciente. São também usadas para avaliar a resposta ao tratamento e para comparação com as visitas posteriores.



- **INSRUMENTAIS/MATERIAIS**
- Algodão em rolete

- Bandeja de inox
- Espelho clínico nº 5
- Gaze
- Sonda periodontal Willians
- Sonda Nabers
- Sugador descartável
- **RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO**

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

AÇÕES CORRETIVAS

Nº	Falha/risco	Ação corretiva
1	Diagnóstico Incorreto	Realizar uma avaliação completa e sistemática, incluindo histórico do paciente, exame clínico e radiografias, para garantir um diagnóstico preciso das condições periodontais.
2	Medidas de Profundidade de Sondagem Imprecisas	Utilizar sondas periodontais calibradas e seguir uma técnica padronizada de sondagem para obter medidas precisas da profundidade de sondagem.
3	Falta de Documentação Adequada	Registrar detalhadamente todas as medições, observações e achados clínicos em prontuário para referência futura e acompanhamento.

4	Erro na Identificação de Placa e Cálculo	Realizar uma inspeção cuidadosa e utilizar métodos auxiliares, como corantes de placa, para identificar e documentar a presença de placa bacteriana e cálculo.
5	Subestimação da Gravidade da Doença	Avaliar todos os aspectos do exame clínico, incluindo mobilidade dentária, recessão gengival e sangramento à sondagem, para não subestimar a gravidade da doença periodontal.
6	Falta de Avaliação do Estado de Saúde Geral	Considerar a condição geral de saúde do paciente e suas implicações para o tratamento periodontal, incluindo fatores sistêmicos que podem afetar a saúde periodontal.
7	Negligência de Sinais de Inflamação	Observar sinais clínicos de inflamação, como vermelhidão, edema e sangramento, para garantir que a inflamação periodontal seja corretamente identificada e tratada.
8	Falta de Identificação de Alterações Gingivais	Inspecionar minuciosamente todas as áreas gengivais para identificar alterações como hiperplasia, atrofia ou alterações na cor e textura da gengiva.
9	Não Considerar Históricos Familiares	Revisar o histórico familiar do paciente para identificar possíveis predisposições genéticas para

		doenças periodontais.
10	Não Avaliar a Oclusão	Incluir uma avaliação da oclusão e do ajuste oclusal como parte do exame clínico para identificar possíveis fatores contribuintes para a doença periodontal.
11	Falta de Interpretação Adequada dos Resultados	Analisar os dados coletados no contexto de todo o exame clínico e histórico do paciente para formular um diagnóstico preciso e um plano de tratamento adequado.
12	Ignorar Sinais de Doença Periodontal Aguda	Reconhecer e tratar sinais de doença periodontal aguda, como abscessos, com prontidão para evitar complicações adicionais.
3	Falta de Planejamento do Acompanhamento	Desenvolver um plano de acompanhamento detalhado com base nos achados do exame clínico para monitorar a progressão da doença e a eficácia do tratamento.

11. PROTOCOLO DE PERIODONTIA

1.OBJETIVO

Criar condições, padronizar, definir e estabelecer regras e recomendações que devem ser aplicadas pelos profissionais especialistas em Periodontia lotados na Unidade para a execução de suas atividades.

2.DEFINIÇÕES

Estabelecer os Procedimentos Operacionais Padrão a serem adotados pelos especialistas em Periodontia da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**, conforme exigido pela legislação vigente em relação a segurança do paciente, servindo como modelo para a orientação dos profissionais lotados nesta Unidade, assegurando a coerência e uniformidade de ações e realizando a implementação das normas estabelecidas.

3.SIGLAS

JCE: Junção Cemento-Esmalte

ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

TSB: Técnico de Saúde Bucal

4.APLICAÇÃO

Este protocolo é aplicado em consultórios odontológicos, clínicas odontológicas que realizam Exame Clínico Periodontal.

5.RESPONSABILIDADE

Dentistas Gerais

Cirurgião Dentista Periodontista

Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)

Técnicos de Saúde Bucal (TSB)

6.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Terapia periodontal básica.

Pacientes com necessidade de tratamento da doença periodontal (gengite e periodontites: leve, moderada e severa).

Pacientes com necessidade de tratamento cirúrgico (para ganhar espaço biológico ou por motivo estético).

7.CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Estágio terminal de doença periodontal

- Avaliar a perda óssea, mobilidade, comprometimento de furca.

- Avaliar presença de gengiva inserida, oclusão, classificação de recessão gengival, acompanhamento de tratamento ortodôntico.

- Doenças sistêmicas não controladas.

8.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO PARA CIRURGIAS PERIODONTAIS

A) Aumento de coroa clínica:

Inclusão: dentes com invasão de distância biológica impossibilitando tratamento protético/restaurador.

Exclusão: perda óssea acentuada; mobilidade dental; raízes com mais de 2/3 comprometida; comprometimento estético em dentes anteriores; altura da furca em relação a parede óssea a ser operada; terceiros molares mal posicionados ou com presença somente de mucosa como inserção; cirurgia em primeiros molares na distal, acompanhados de segundos molares não irrompidos.

B) Terapia periodontal cirúrgica (tratamento cirúrgico da doença periodontal): Inclusão: pacientes com boa HO (higiene oral), que não obtiveram boa resposta a terapia periodontal Básica, apresentando exsudato, bolsa periodontal persistente.

Exclusão: pacientes com má HO, tabagistas, portadores de doença sistêmica não controlada.

C) Gengivoplastia:

Inclusão: pacientes com hiperplasia gengival

Exclusão: condições sistêmicas do paciente, má higiene oral, doença periodontal ativa.

D) Enxerto gengival livre:

Inclusão: mucosa ceratinizada delgada ou ausente; ausência de doença periodontal ativa; classe I e II de Miller; controle rigoroso do biofilme dental; hipersensibilidade dentinária, inserção alta de freio labial acompanhado de pouca ou ausência de gengiva inserida.

Exclusão: higiene oral deficiente; doença periodontal ativa; doença sistêmica; classe III e IV de Miller; proximidade do forame mentoniano; dentes superiores.

E) Enxerto de Conjuntivo Subepitelial

Inclusão: recessão classe I e II de Miller; ausência de doença periodontal ativa; controle rigoroso do biofilme dental; hipersensibilidade dentinária, necessidade estética.

Exclusão: dentes inferiores; HO deficiente; doença periodontal ativa; doença sistêmica; classe III e IV de Miller.

9.DIAGNÓSTICO

Anamnese:

- História médica (fatores sistêmicos)
- Hereditariedade (presença de doença periodontal na família)
- Meios/métodos de higiene oral (HO)
- Hábitos deletérios (bruxismo e bruxomania, roer unhas, uso de palitos, ponta de caneta ou outros objetos, tabagismo, bebida alcoólica, outras drogas)

Exame Clínico

- Avaliação Periodontal
- Características gengivais – coloração, contorno e textura superficial, posição gengival

10.RECURSOS, MATERIAIS E INSUMOS UTILIZADOS

- Afastador Minessota
- Abridor boca borracha-plástico duro-adulto/infantil
- Agulha gengival descartável curta 30 g - cx c/ 100 unid.
- Agulha gengival descartável longa 27 g - cx c/ 100 unid.
- Álcool etílico 70% solução frasco 1000ml

- Álcool absoluto 99,5o INPM frasco 1000ml
- Alicate de cutícula
- Benzocaína 20% - 12 gr
- Bicarbonato de sódio (pct. C/ 15 env. De 40 g) hidrogenado
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 3195 F
- Broca diamantada p/ alta rotação nº 1016 HL
- Broca cirúrgica carbide longa n.2, para alta rotação
- Broca cirúrgica carbide longa n.3, para alta rotação
- Broca cirúrgica carbide longa n.4, para alta rotação
- Brunidor de banda tipo rabo de peixe
- Cabo para espelho bucal inox
- Cabo para bisturi nº 3
- Caneta de alta rotação
- Cimento cirúrgico líq. - 20 ml
- Cimento cirúrgico pó - 50 g
- Clorexidina solução bucal 0,12% frasco 250 ml
- Clorexidina solução aquosa 20 mg/ml frasco 100ml
- Clorexidina solução alcoólica 0,5% frasco 100ml
- Clorexidina solução alcoólica 0,5% frasco 1000ml
- Clorexidina solução degermante 40 mg/ml frasco 100ml
- Clorexidina solução degermante 40 mg/ml frasco 1000ml
- Contra ângulo de sistema de encaixe universal intra

- Cuba metálica redonda pequena
- Cureta periodontal Goldman Fox nº 2
- Cureta periodontal Goldman Fox nº 3
- Cureta de Molt
- Cureta periodontal tipo Gracey 05 / 06
- Cureta periodontal tipo Gracey mini-five 05 / 06
- Cureta periodontal tipo Gracey 07 / 08
- Cureta periodontal tipo Gracey mini-five 07 / 08
- Cureta periodontal tipo Gracey 11 / 12
- Cureta periodontal tipo Gracey mini-five 11 / 12
- Cureta periodontal tipo Gracey 13 / 14
- Cureta periodontal tipo Gracey mini-five 13 / 14
- Cureta periodontal universal MC CALL 13 / 14
- Cureta periodontal universal MC CALL 17 / 18
- Cureta ponta morse 0 / 00
- Curetas PL
- Cinzel Micro Ochsenbein nº 01
- Cinzel Micro Ochsenbein nº 02
- Cinzel Micro Ochsenbein nº 03
- Cinzel de Fedy nº 01
- Cinzel de Fedy nº 02
- Cinzel de Rhodes

- Descolador Molt
- Espátula para resina (Teflon)
- Espátula nº 7
- Espátula nº 22
- Espátula nº 24
- Espátula nº 36
- Espelho grande para orientação ao paciente, 10 x 15 cm, de mão
- Espelho bucal nº 5
- Estojo p/ instrumental 28 x 14 x 6 cm
- Estojo p/ instrumental inox 32 x 16 x 9 cm
- Estojo p/ instrumental 30 x 20 x 4 cm
- Foices de periodontia
- Gaze
- Gengivótomo de Kirkland nº 15-16
- Gengivótomo de Orban nº 1-2
- Hemostático líq. - 10 ml
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de cristal, cx c/ 50 um
- Lidocaína a 2% c/ adrenalina 1:100.000, em tubete de plástico, cx c/ 50 unid.
- Lubrificante alta rotação óleo – spray
- Lubrificante baixa rotação óleo – spray
- Lima para osso Schluger nº 9-10

- Lima para osso Buck nº 11-12
- Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000 em tubete de cristal - cx c/ 50 unid.
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor em tubete de cristal - cx c/ 50 unid.
- Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor em tubete de plástico – cx c/ 50 unid.
- Mepivacaina a 2% com adrenalina 1:100.000 em tubete de plástico - cx c/ 50 unid.
- Micromotor
- Pedra de Arkansas para afiar instrumentos
- Peça ponta reta
- Pinça clínica
- Pinça anatômica – 16 cm
- Pinça Hemostática Kelly reta 14 cm
- Pinça Hemostática Kelly reta 14 cm
- Pinça Hemostática Kelly curva 14 cm
- Placa de vidro retangular 10 mm espessura
- Ponta de Ultrassom perio subgengival (TIPS)
- Ponta para sugador metálico
- Porta agulha Castroviejo
- Porta agulha Crile-Wood c/ ponta de videa – 15 cm
- Porta agulha Mayo-Heager 14 cm c/ videa e cabo dourado
- Porta agulha Mayo-Heager 16 cm c/ videa e cabo dourado

- Porta agulha p/ fios de aço 20 cm c/ videa e cabo dourado
- Porta agulha fio de aço sem videa 16 cm
- Role de algodão
- Seringa p/ anestesia Carpule inox com refluxo
- Saca brocas para caneta alta rotação MR 350
- Sonda exploradora nº 05
- Sugador cirúrgico de metal reto para sangue
- Sonda milimetrada de profundidade de bolsa periodontal c/ ponta em formato de bola
- Sonda periodontal milimetrada de Williams
- Sonda de Nabers nº 2
- Soro fisiológico
- Sugador descartável ponta flexível
- Tesoura Goldman Fox reta – 13 cm
- Tesoura Íris reta 12 cm
- Tesoura ponta reta 10 cm fina/ fina
- Vaselina sólida branca 20 gr

11.RESULTADOS ESPERADOS, CONTROLE E MONITORIZAÇÃO

Espera-se resolutividade na alteração pulpar, remissão dos sintomas, preservação do dente.

12.AÇÕES CORRETIVAS

Nº	Falha/risco	Ação corretiva
1	Diagnóstico Incorreto	Realizar uma avaliação completa e sistemática, incluindo histórico do paciente, exame clínico e radiografias, para garantir um diagnóstico preciso das condições periodontais.
2	Medidas de Profundidade de Sondagem Imprecisas	Utilizar sondas periodontais calibradas e seguir uma técnica padronizada de sondagem para obter medidas precisas da profundidade de sondagem.
3	Falta de Documentação Adequada	Registrar detalhadamente todas as medições, observações e achados clínicos em prontuário para referência futura e acompanhamento.
4	Erro na Identificação de Placa e Cálculo	Realizar uma inspeção cuidadosa e utilizar métodos auxiliares, como corantes de placa, para identificar e documentar a presença de placa bacteriana e cálculo.
5	Subestimação da Gravidade da Doença	Avaliar todos os aspectos do exame clínico, incluindo mobilidade dentária, recessão gengival e sangramento à sondagem, para não subestimar a gravidade da doença periodontal.
6	Falta de Avaliação do Estado de Saúde Geral	Considerar a condição geral de saúde do paciente e suas implicações para o tratamento periodontal, incluindo fatores sistêmicos que podem afetar a saúde periodontal.
7	Negligência de Sinais de Inflamação	Observar sinais clínicos de inflamação, como vermelhidão, edema e sangramento, para garantir que a inflamação periodontal seja corretamente identificada e tratada.
8	Falta de Identificação de Alterações Gingivais	Inspecionar minuciosamente todas as áreas gengivais para identificar alterações como hiperplasia, atrofia ou alterações na cor e textura da gengiva.
9	Não Considerar Históricos Familiares	Revisar o histórico familiar do paciente para identificar possíveis predisposições genéticas para doenças periodontais.
10	Não Avaliar a Oclusão	Incluir uma avaliação da oclusão e do ajuste oclusal como parte do exame clínico para identificar possíveis fatores contribuintes para a doença periodontal.
11	Falta de Interpretação Adequada dos	Analisar os dados coletados no contexto de todo o exame clínico e histórico do paciente para formular um diagnóstico

	Resultados	preciso e um plano de tratamento adequado.
12	Ignorar Sinais de Doença Periodontal Aguda	Reconhecer e tratar sinais de doença periodontal aguda, como abscessos, com prontidão para evitar complicações adicionais.
13	Falta de Planejamento do Acompanhamento	Desenvolver um plano de acompanhamento detalhado com base nos achados do exame clínico para monitorar a progressão da doença e a eficácia do tratamento.

12. Protocolo de Atendimento Multiprofissional às Pessoas com HIV no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) equipe multiprofissional

1. INTRODUÇÃO

A experiência nacional de enfrentamento à epidemia de aids no âmbito do SUS, ao longo do tempo, foi estabelecida e alicerçada na participação social, no respeito aos direitos humanos e no combate ao estigma, ao preconceito e à discriminação.

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (Unaids) propõe que a aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) pode ser eliminada como problema de saúde pública até 2030, desde que se alcancem as metas 95-95-95, que consistem em garantir que 95% das pessoas vivendo com HIV ou aids (pessoa vivendo com HIV ou aids) sejam diagnosticadas; que, destas, 95% estejam em tratamento com antirretrovirais (ARV); e que, destas últimas, 95% alcancem supressão viral1 .

A terapia antirretroviral (Tarv) reduz a morbidade e a mortalidade relacionadas à aids, tem impacto na qualidade de vida das PVHA e estabelece o status de condição crônica do HIV. Entretanto, o acesso à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento ainda é muito desigual no Brasil, o que se reflete no diagnóstico tardio, na insuficiente cobertura de tratamento, na falta de retenção no cuidado, na perda de seguimento, na supressão viral incompleta e na redução da sobrevida. De modo geral, esses indicadores são desfavoráveis entre PVHA com menos tempo de estudo formal, negras ou indígenas, com mais de 50 anos, que vivem em municípios menores e em algumas regiões do Brasil. É frequente que o diagnóstico de infecção pelo HIV, ou mesmo a reinserção, no sistema de saúde, de pessoas diagnosticadas no passado, ocorram já na presença de tuberculose (TB) ou de condições definidoras de aids. A coinfecção TB-HIV reduz de forma significativa a sobrevida de pessoas vivendo com HIV ou aids, particularmente na presença de imunossupressão grave, com contagem de linfócitos T-CD4+ (CD4) inferior a 200 células/mm3 e, especialmente, abaixo

de 100 células/mm3 . A testagem rápida para a infecção pelo HIV e o início precoce da Tarv – em até sete dias após o diagnóstico da infecção pelo HIV – ainda não estão totalmente implementados no Brasil

1. Objetivo: Estabelecer diretrizes para o atendimento integral e humanizado às pessoas vivendo com HIV, promovendo a qualidade de vida e a adesão ao tratamento.

2. Abrangência: Este protocolo se aplica a todos os profissionais da equipe multiprofissional da policlínica, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e outros profissionais envolvidos no cuidado.

3. Definições:

SAE: Serviço de Atendimento Especializado, responsável pelo acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV.

PVHIV: Pessoas Vivendo com HIV.

4. Diretrizes:

4.1. Capacitação:

- Todos os profissionais devem participar de treinamentos contínuos sobre HIV/AIDS, tratamento antirretroviral (TARV) e manejo de comorbidades.
- Promover a educação permanente e a atualização científica da equipe.

4.2. Acolhimento e Primeira Consulta:

Os principais objetivos da abordagem inicial à pessoa vivendo com HIV ou aids são: identificar o estágio clínico da infecção pelo HIV, avaliar a presença de coinfecções ou comorbidades, conhecer as vulnerabilidades socioculturais do indivíduo e estabelecer uma relação de confiança e respeito com a equipe multiprofissional, objetivando a pronta vinculação ao serviço de saúde. A avaliação inicial de uma pessoa com diagnóstico de infecção pelo HIV deve incluir a história médica atual e pregressa, o exame físico completo, exames complementares e o conhecimento de seus contextos de vida. O uso de uma linguagem acessível é fundamental para a compreensão dos aspectos essenciais que envolvem a infecção, a avaliação clínico-laboratorial, a adesão, o tratamento e a retenção. Esse diálogo propõe-se a esclarecer eventuais dúvidas e abrir caminho para a superação das dificuldades. O acolhimento à Pessoa vivendo com HIV ou aids é atribuição de todos os profissionais da equipe e deve se iniciar assim que a pessoa chegar ao serviço de saúde, com a

garantia de uma escuta respeitosa e profissional, independentemente do motivo que a levou a buscar ajuda.

O uso da Tarv e outros avanços tecnológicos permitiram a ampliação da expectativa e da qualidade de vida das pessoa vivendo com HIV ou aids. No entanto, ainda persistem condições socioculturais que criam vulnerabilidades à infecção pelo HIV e aumentam a morbimortalidade por aids. Entre os fatores de vulnerabilidade, que geram barreiras significativas tanto para o controle da epidemia como para o sucesso do tratamento e do cuidado, destacam-se vivências de discriminação e estigma relacionadas a racismo, homofobia, transfobia, sexismo, machismo e sorofobia, entre tantas outras condições que aprofundam as inequidades em saúde. Tanto na saúde pública como na clínica, a relação entre vulnerabilidades e aids é uma via de mão dupla. A exclusão social tem um papel na construção da vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Por outro lado, diferentes aspectos ligados ao viver com HIV ou aids reforçam e produzem novas vulnerabilidades decorrentes do estigma da doença, que persiste impactando a saúde das pessoas, sua adesão ao tratamento e a retenção no sistema

Portanto, na abordagem inicial e no seguimento, os aspectos que causam as vulnerabilidades para as pessoas vivendo com HIV devem ser levados em consideração no encontro entre os profissionais de saúde e a pessoa.

4.3 ANAMNESE

Conhecer e compreender as condições psicossociais, os riscos e as vulnerabilidades que envolvem o contexto de vida da pessoa vivendo com HIV ou aids representam uma ferramenta importante para o cuidado integral e o consequente sucesso terapêutico. Esses aspectos podem ser abordados tanto pelo médico como por outro membro da equipe de saúde, conforme as particularidades de cada serviço. Além disso, a investigação não se esgota na primeira consulta, devendo ser complementada e atualizada nos atendimentos subsequentes. Os itens listados no Quadro 1 servem para estruturar um roteiro inicial para a anamnese, que pode ser adaptado conforme a necessidade de cada pessoa

Quadro 1 – Roteiro para a abordagem inicial das pessoas vivendo com HIV

Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	› Explicar a doença: transmissão, história natural, significado da contagem de CD4 e do exame de carga viral, impacto da Tarv na morbimortalidade › Revisar e documentar o primeiro exame anti-HIV › Verificar se há contagens de CD4 e exames de carga viral anteriores › Discutir o uso de ARV e a ocorrência de efeitos adversos prévios (ex.: com uso de PEP ou PrEP)
História médica atual e passada	Avaliar: › Presença de sinais e/ou sintomas › História de alergias, hipersensibilidade ou intolerância a medicamentos › História de tuberculose, prova tuberculínica ou IGRA, profilaxia e/ou tratamento prévio › História de doença mental familiar e/ou pessoal › Infecção oportunista prévia ou atual e necessidade de profilaxia para infecções oportunistas › Outras infecções ou comorbidades atuais e/ou pregressas, incluindo histórico de internações hospitalares › Histórico de imunizações › Uso de medicamentos e práticas complementares e/ou alternativas
Riscos e vulnerabilidades	Avaliar: › Parcerias e práticas sexuais › Utilização de preservativos e outros métodos de prevenção › História de sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis › Uso de tabaco, álcool e outras drogas › Interesse em reduzir os danos à saúde
História psicossocial	Avaliar: › Reação emocional ao diagnóstico › Rede de apoio social (família, amigos, organizações não governamentais, acesso à Rede de Atenção Psicossocial) › Nível educacional › Condições de trabalho, domicílio e alimentação

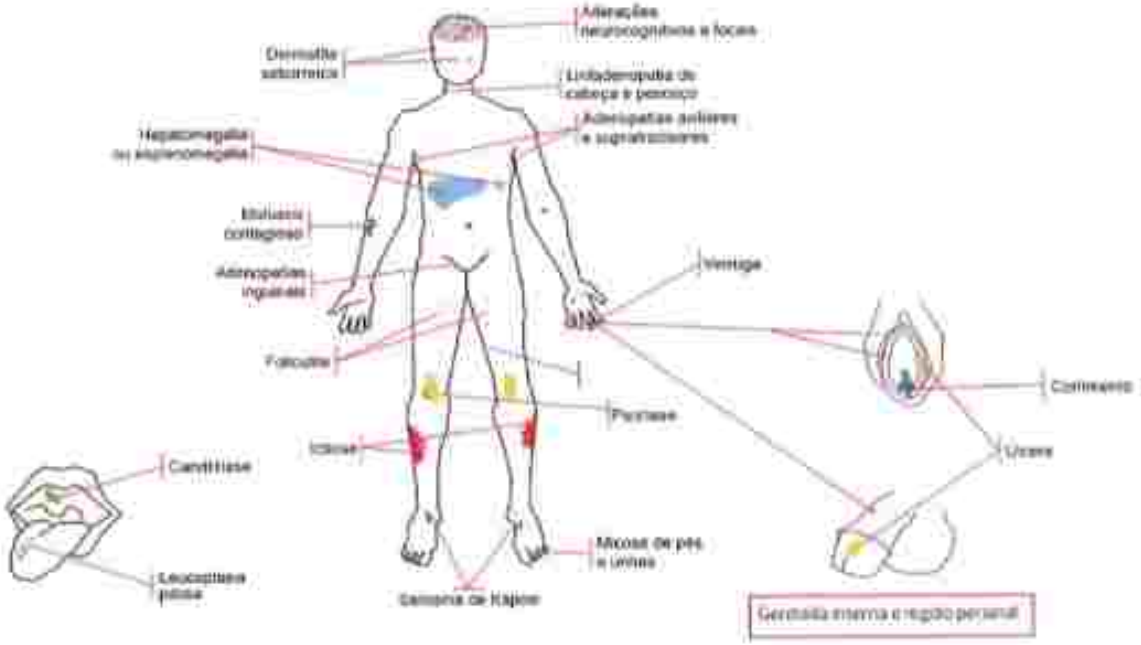
Saúde reprodutiva	Discutir / avaliar: › Desejo de ter filhos › Métodos contraceptivos › Estado sorológico da(s) parceria(s) e do(s) filho(s)
História familiar	Revisar histórico de: › Doenças cardiovasculares e hipertensão › Dislipidemias › Diabetes › Neoplasias

Pessoas com diagnóstico recente de infecção pelo HIV muitas vezes apresentam expectativas e dúvidas que podem dificultar o pleno entendimento de todas as informações disponibilizadas. Compreender tal situação, esclarecer os questionamentos e fornecer informações atualizadas fortalece o vínculo da pessoa com o profissional e com o serviço de saúde, além de favorecer a retenção e, consequentemente, o sucesso terapêutico. Desse modo, a primeira consulta deverá ter duração superior às demais consultas de rotina. Sugere-se a duração de, ao menos, 45 minutos para a primeira avaliação e duração variável para as consultas subsequentes, a depender da demanda da pessoa e da abordagem profissional

4.4Exame físico

A infecção pelo HIV envolve um acometimento sistêmico. É necessário, portanto, atentar para sinais clínicos comumente associados à infecção (Figura 1). O exame físico deve ser completo e incluir a aferição de pressão arterial, peso e altura, o cálculo do índice de massa corpórea e a medida da circunferência abdominal. A realização regular do exame físico completo pode levar a achados importantes. A verificação da pele, a oroscopia e o exame da genitália externa e da região perianal são também relevantes, uma vez que diversos sinais e sintomas presentes nesses locais podem estar associados às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e à infecção pelo HIV. Quanto menor a contagem de CD4, mais frequentemente deve ocorrer o exame físico.

Figura 1 – Sinais clínicos que podem estar relacionados à infecção pelo HIV e que devem ser investigados no exame físico inicial



4.5Exames complementares

A abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico auxilia a avaliação da condição geral de saúde, a pesquisa de comorbidades, a presença de coinfecções e a urgência do início da Tarv. Também fornece informações laboratoriais basais prétratamento e pode orientar a necessidade de imunizações e profilaxias. O Quadro 2 indica os exames que devem ser solicitados na primeira consulta

Exames relacionados ao HIV
› Contagem de CD4 e exame de carga viral
› Genotipagem pré-tratamento[14]
Exames laboratoriais
› Hemograma completo
› Glicemia de jejum
› Dosagem de lipídios (colesterol total, HDL, LDL, VLDL, triglicerídeos)
› Avaliação hepática e renal (AST, ALT, FA, BT e frações, Cr, exame básico de urina)
Avaliação de coinfecções, infecções sexualmente transmissíveis e comorbidades
› Teste imunológico para sífilis[15]
› LF-LAM – teste de fluxo lateral para detecção de lipoarabinomanano em urina[16]
› LF-Cr Ag – teste de fluxo lateral para detecção de antígeno criptocócico[17]
› Testes para hepatites virais (anti-HAV, anti-HCV, HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs para verificação de imunização)
› IgG para toxoplasmose
› Sorologia para HTLV 1 e 2, leishmaniose[18] e doença de Chagas[19]
› Prova tuberculínica ou IGRA – teste de liberação de interferon-gama[20]
› Radiografia de tórax

4.6 Investigação de tuberculose

A infecção pelo HIV determina elevado risco de desenvolver TB ativa – cerca de 20 vezes superior ao da população geral2,3. Portanto, o tratamento preventivo da tuberculose (TPT) reduz a mortalidade4–6 e o risco de desenvolvimento de tuberculose ativa nos anos subsequentes. É de responsabilidade de toda equipe multi estar atento aos sinais e sintomas e repassar as informações a equipe médica para condução terapêutica e investigação diagnóstica.

Figura 2 – Sinais e sintomas para rastreio da tuberculose



Fonte: Diathi/SVSA/MS

Em 2021, incorporou-se ao SUS um teste rápido para rastreio e diagnóstico da tuberculose pulmonar e extrapulmonar nas pessoa vivendo com HIV ou aids8 . O fluxo lateral para detecção do lipoarabinomanano (LF-LAM) é um teste rápido ("point-of-care"), que detecta a presença do antígeno lipoarabinomanano em amostra de urina. Trata-se de um teste de baixa complexidade de execução, com resultado rápido, dispensando a necessidade de ambiente laboratorial. Possui elevado valor preditivo positivo em pessoas com dano imunológico grave, como nos casos de CD4 igual ou inferior a 100 células/mm3,9–12. Deve ser utilizado como rastreio nos serviços de saúde, tanto ambulatoriais como hospitalares, obedecendo-se os seguintes critérios:

a. Indicações para uso do LF-LAM em PVHA no atendimento ambulatorial:

› PVHA assintomáticas (rastreio) com CD4 igual ou inferior a 100 células/mm3 .

› PVHA com sinais e/ou sintomas de TB pulmonar ou extrapulmonar, independentemente do CD4.

› PVHA gravemente doentes, independentemente do CD4. b. Indicações para uso do LF-LAM em PVHA no atendimento hospitalar/internação:

› PVHA assintomáticas (rastreio) com CD4 igual ou inferior a200 células/mm3 . › PVHA com sinais e/ou sintomas de TB pulmonar ou extrapulmonar, independentemente do CD4. › PVHA gravemente

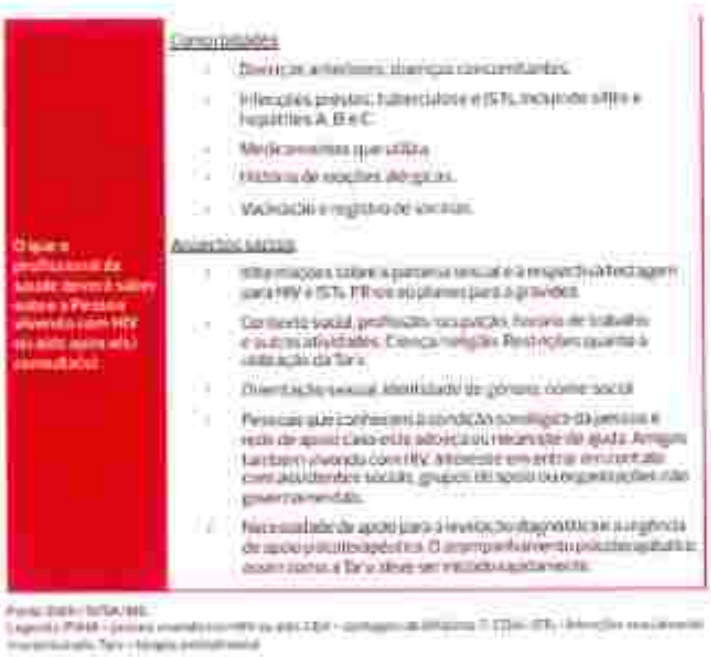
doentes, independentemente do CD4

São consideradas PVHA gravemente doentes aquelas que apresentam: frequência respiratória ≥ 30 respirações/minuto; frequência cardíaca ≥ 120 batimentos/ minuto; incapacidade para deambular sem auxílio; temperatura corporal ≥ 39°C, considerando a epidemiologia local e o julgamento clínico, independentemente do CD4

Após a avaliação inicial, alguns pontos devem estar claros tanto para pessoas vivendo com HIV ou aids quanto para o profissional da saúde, conforme o Quadro 3.

Quadro 3 – Resumo da avaliação inicial

O que deveria estar claro para a pessoa vivendo com HIV ou aids após a(s) primeira(s) consulta(s)	• Em termos gerais, como o vírus causa a doença • A diferença entre viver com HIV e viver com aids • A importância e o significado da contagem de CD4 e da carga viral • Formas de transmissão e estratégias de prevenção • Como a Terapia Antirretroviral (TARV) funciona e qual a sua utilidade • Prognóstico, com informações de que a pessoa vivendo com HIV pode ter uma vida normal • Necessidade da adoção de práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais, por aumentarem o risco de transmissão e evolução da infecção pelo HIV • Atenção ao estilo de vida: manter uma dieta equilibrada, fazer atividades físicas regulares e evitar o tabagismo para reduzir o risco cardiovascular • Onde encontrar ajuda, informações médicas e sociais • Grupos de apoio (ONGs, organizações comunitárias) disponíveis na área para o apoio psicológico • Testes laboratoriais planejados e sua utilidade para o tratamento futuro
O que o profissional de saúde deveria saber sobre a PVHA após a(s) consulta(s)	Infecção e risco • Quando, onde e por quais razões foi realizado o teste diagnóstico para infecção pelo HIV, e se houve um teste negativo anterior dessa ficha a que apontasse se exames laboratoriais estão ou não atualizados • Práticas sexuais da pessoa para abordagem às ISTs • História familiar de diabetes, doenças cardiovasculares e hipertensão, dislipidemias, câncer, tuberculose ou outras doenças infecciosas • História de viagens recentes, moradia ou mesmo política a maior parte da vida, profissões exercidas e se está empregado • Drogas recreativas que consome regularmente e como (via endovenosa, inalada etc.), bebidas alcoólicas que ingere e em que quantidades • Se é tabagista e a quantidade acumulada (carteiras de cigarros/ano) • Se foi a doador(a) de sangue, de esperma, fômites positivos e medico deverá informar o serviço de hemoterapia • Contato próximo com pessoa vivendo com tuberculose Comprometimento imunológico • Presença de sinais ou sintomas • Presença de coinfecções, doenças oportunistas ou neoplasias malignas • Indicação de profilaxia ou tratamento preemptivo



4.7. Planejamento do Cuidado:

- Elaborar um plano de cuidado individualizado, envolvendo a equipe multiprofissional.
- Definir metas terapêuticas e estratégias para adesão ao tratamento.
- Identificar e abordar barreiras ao tratamento, como questões psicossociais e econômicas.

4.8. Implementação do Cuidado:

- **Médicos:** Prescrição e monitoramento do TARV, manejo de comorbidades e infecções oportunistas.(vide protocolo especifico equipe médica)
- **Enfermeiros:** Acompanhamento regular, administração de medicamentos e educação em saúde.
- **Psicólogos:** Apoio psicológico, intervenções para saúde mental e promoção do bem-estar emocional.

As equipes de psicologia devem auxiliar a pessoa no processo de revelação de sua condição sorológica à parceria sexual se necessário. Deve ficar claro para a pessoa que períodos de não adesão e falha de tratamento representam riscos à parceria sorodiferente e que, idealmente, tais informações devem ser compartilhadas com o(a) parceiro(a). O desejo reprodutivo necessita ser abordado pelo profissional de saúde e, caso exista, deve-se oferecer ao casal o acesso ao planejamento reprodutivo

- **Assistentes Sociais:** Apoio social, orientação sobre direitos e acesso a benefícios sociais.

- **Farmacêuticos:** Orientação sobre uso correto dos medicamentos, manejo de efeitos colaterais e interações medicamentosas.
- **Nutricionistas:** Avaliação nutricional e orientação dietética para melhorar a saúde e a imunidade.

Pessoas com carga viral indetectável têm risco zero de transmitir o HIV por via sexual.

O esclarecimento e a divulgação do conceito "Indetectável = Intransmissível" (I = I) é parte essencial do cuidado às pessoas vivendo com HIV ou aids. Essa definição combate estigma e preconceito, afirma os direitos sexuais e reprodutivos e melhora a qualidade de vida das pessoa vivendo com HIV ou aids. Ao entrar em contato com o conceito I = I, é essencial que a pessoa vivendo com HIV ou aids compreenda a importância da adesão ao tratamento para o alcance da supressão viral máxima, isto é, a carga viral indetectável. A não adesão pode levar à supressão incompleta da replicação viral, à emergência de mutações virais de resistência e à transmissão do HIV, inclusive de vírus resistentes a ARV.

O manejo de condições que podem afetar a adesão ao tratamento, como depressão e uso de álcool ou outras drogas, é essencial para o sucesso do tratamento e a redução da transmissão

4.5. Monitoramento e Avaliação:

- Realizar consultas de seguimento regulares para monitorar a adesão ao tratamento e a resposta terapêutica.
- Utilizar indicadores de qualidade para avaliar os resultados do cuidado e identificar áreas de melhoria.
- Promover reuniões periódicas da equipe multiprofissional para discussão de casos e ajustes no plano de cuidado.

Cada encontro com a pessoa vivendo com HIV deve ser uma oportunidade de reforçar os benefícios da Tarv para a sua a saúde e para a prevenção da transmissão, assim como de gerenciar o risco de outras ISTs42,43. O profissional de saúde deve ativamente abordar as práticas de sexo seguro, recomendar o uso de preservativos e buscar a detecção e o tratamento de outras ISTs. Também é necessário investigar e manejar o uso de álcool e outras drogas, reforçando, entretanto, que a Tarv não deve ser interrompida, mesmo no contexto de uso ativo dessas substâncias. O impacto da adesão no sucesso do tratamento deve ser reforçado a cada encontro. A pessoa que por algum motivo não atingir a supressão viral necessita ser informada sobre a efetividade do preservativo e de outros métodos de prevenção combinada disponíveis para sua parceria, tal como o uso da profilaxia pré-exposição (PrEP).

Quadro 7 – Recomendação de periodicidade de consultas médicas para pessoas vivendo com HIV

SITUAÇÃO	INTERVALO DE RETORNO[1]	OBJETIVOS PRINCIPAIS
Após a introdução ou alteração do Tarv	Entre 7 e 15 dias	Observar e manejar efeitos adversos imediatos e dificuldades relacionadas à adesão. Fortalecer o vínculo com a equipe e o serviço de saúde. Essa consulta pode ser realizada por profissionais da enfermagem, farmacêuticos clínicos ou outros atendimentos ofertados pelo serviço.
Mês a mês após a Tarv	Mensal/ bimestral	Observar e manejar efeitos adversos tardios e dificuldades relacionadas à adesão em longo prazo. Fortalecer o vínculo com a equipe e o serviço de saúde.

SITUAÇÃO	INTERVALO DE RETORNO[1]	OBJETIVOS PRINCIPAIS
PVHA em Tarv em supressão viral e assintomática	A cada 6 meses	Observar e manejar efeitos adversos tardios e dificuldades relacionadas à adesão em longo prazo. Avaliar manutenção da supressão viral e eventual falha virológica. Manejar comorbidades.
PVHA em Tarv e sem supressão viral, sintomática ou com comorbidades não controladas	Individualizar	Avaliar falhas na adesão e seus motivos. Verificar a possibilidade de resistência viral a Tarv e a necessidade de troca. Avaliar e investigar sintomas. Manejar comorbidades não controladas.

Responsabilidades:

- **Coordenação do SAE:** Garantir a implementação do protocolo, supervisionar a equipe e promover a integração dos serviços.
- **Equipe Multiprofissional:** Colaborar na execução do plano de cuidado, participar de reuniões de equipe e contribuir para a melhoria contínua do atendimento.

6. Revisão do Protocolo: Este protocolo deve ser revisado anualmente ou conforme necessário, com base em novas evidências científicas e feedback da equipe e dos pacientes.

Protocolo multiprofissional de atendimento a pacientes em processo transexualizador

1. INTRODUÇÃO

A diversidade de gênero é uma realidade que deve ser respeitada e acolhida em todos os âmbitos da sociedade, incluindo os serviços de saúde. O atendimento a pacientes

transexuais requer uma abordagem sensível, inclusiva e informada, que respeite a identidade de gênero e promova a dignidade e o bem-estar dessas pessoas.

Este protocolo tem como objetivo fornecer diretrizes claras e práticas para a equipe multiprofissional da policlínica, visando garantir um atendimento de qualidade, humanizado e livre de discriminação aos pacientes transexuais. A implementação deste protocolo busca:

- **Promover a capacitação continua** dos profissionais de saúde sobre questões relacionadas à identidade de gênero e às necessidades especificas dos pacientes transexuais.
- **Assegurar o respeito à identidade de gênero** dos pacientes em todas as etapas do atendimento, desde a recepção até o acompanhamento continuo.
- **Facilitar o acesso** a serviços de saúde integral, incluindo cuidados preventivos, tratamento de condições de saúde especificas e apoio psicossocial.
- **Fomentar um ambiente acolhedor e seguro**, onde os pacientes transexuais se sintam respeitados e valorizados.

A adoção deste protocolo é um passo fundamental para a construção de um sistema de saúde mais inclusivo e equitativo, que reconheça e atenda às necessidades de todos os indivíduos, independentemente de sua identidade de gênero. A colaboração e o compromisso de toda a equipe multiprofissional são essenciais para o sucesso desta iniciativa.

2.. Objetivo: Estabelecer diretrizes para o atendimento integral, humanizado e respeitoso aos pacientes transexuais, promovendo a equidade e a qualidade dos serviços prestados pela equipe multiprofissional da policlínica.

2. Abrangência: Este protocolo se aplica a todos os profissionais da equipe multiprofissional da policlínica, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e outros profissionais envolvidos no cuidado.

3. Definições:

- **Paciente Transexual:** Pessoa cuja identidade de gênero é diferente do sexo atribuído ao nascimento.
- **Identidade de Gênero:** Experiência interna e individual de gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído ao nascimento.

Direitos do paciente transexual e travestis

Pessoas transexuais e travestis têm direito de serem tratadas pelo seu Nome social e não o respeitar é uma violência política que lhe nega o direito à identidade. O SUS garante o uso do nome social através da Portaria nº 1.820/2009, no quarto capítulo da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, com direito ao respeito ao nome social e à identidade de gênero

"Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: I - Identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas;

4. Diretrizes:

4.1. Capacitação:

- Todos os profissionais devem participar de treinamentos contínuos sobre diversidade de gênero, direitos das pessoas transexuais e práticas de atendimento inclusivas.
- Promover a educação permanente e a atualização científica da equipe sobre questões de saúde específicas da população transexual.

4.2. Acolhimento e Primeira Consulta:

- Realizar acolhimento humanizado, garantindo privacidade e confidencialidade.
- Respeitar o nome social e os pronomes escolhidos pelo paciente em todos os momentos do atendimento.
- Coletar histórico clínico completo, incluindo dados sociodemográficos, histórico de saúde mental e uso de hormônios ou outras intervenções de afirmação de gênero.

4.3. Planejamento do Cuidado:

- Elaborar um plano de cuidado individualizado, envolvendo a equipe multiprofissional.
- Definir metas terapêuticas e estratégias para adesão ao tratamento.
- Identificar e abordar barreiras ao tratamento, como questões psicossociais e econômicas.

Todas os profissionais colaboradoras que prestam serviço na Policlínica são responsáveis por zelar pelos direitos, pela segurança e pela assistência de saúde adequada das pessoas transexuais e travestis

4.4. Implementação do Cuidado:

- **Médicos: (vide protocolo especifico equipe médica)**
  - Realizar avaliação clínica inicial e continua.
  - Prescrever e monitorar terapias hormonais.
  - Manejar comorbidades e infecções oportunistas.
  - Encaminhar para cirurgias de afirmação de gênero, quando necessário.
- **Enfermeiros:**
  - Realizar acolhimento e triagem inicial.

Deve acolher as demandas trazidas pela pessoa e aproveitar a oportunidade para oferecer cuidados gerais e específicos de saúde Acompanhar regularmente os pacientes, monitorando sinais vitais e condições de saúde.

- Administrar medicamentos e realizar procedimentos de enfermagem.

Administração de medicação intramuscular

Pessoas com próteses de silicone ou que tenham realizado aplicação de silicone industrial precisam ser identificadas e essa informação deve ser registrada em seu prontuário, pois essas regiões não podem ser perfuradas. Caso a pessoa tenha próteses de silicone na região glútea e vasto lateral da coxa, o Conselho Federal de Enfermagem indica a região ventroglútea como segura para aplicação de até cinco mililitros (5 mL) de medicação intramuscular (inclusive "benzetacil").

Caso essa região esteja comprometida, a região deltoide poderá ser considerada, sendo necessário atentar para a diluição levando-se em consideração que nessa região o maior volume recomendado é de três mililitros (3 mL).

A decisão de localização da administração deverá ser tomada por profissional de enfermagem responsável, que avaliará a localização da prótese ou do acúmulo de silicone industrial, o qual pode ter extravasado para áreas adjacentes ao local aplicado. Em caso de dúvidas, a enfermeira compartilhará a decisão com demais membros da equipe em relação ao local de aplicação, em relação à possibilidade de outra via de administração ou mesmo para considerar a troca da medicação prescrita junto à médica responsável. A entrevista, o exame físico, as decisões de local de administração e o procedimento devem ser registrados em prontuário

- Fornecer educação em saúde sobre cuidados preventivos e adesão ao tratamento.

- Anticoncepção

Apesar de o uso de testosterona reduzir fertilidade, e causar atrofia endometrial e vaginal em homens trans, e o uso do estrógeno e antiandrógenos reduzirem a qualidade e a concentração de espermatozoides no sêmen de mulheres transexuais e travestis, a hormonização em pessoas transexuais e travestis não pode ser considerada como contracepção efetiva.

Caso a pessoa tenha práticas sexuais que possam resultar em gravidez indesejada, pode-se oferecer:

Camisinha vaginal / Camisinha interna;

• Camisinha peniana / Camisinha externa;

• DIU (de cobre ou hormonal);

• Diafragma; • Anticoncepcionais hormonais, a depender do uso de hormônios e seus efeitos colaterais (progestágenos podem ser associados à testosterona, considerando-se riscos e efeitos colaterais);

• Esterilização definitiva (vasectomia e laqueadura tubárea

Prevenção a IST

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) podem ser causadas por bactérias, vírus ou outros microorganismos. As IST são transmitidas por relação sexual desprotegida com uma pessoa infectada. Ao verificar verrugas, lesões (machucados ou feridas), corrimentos ou

sentir coceiras na região genital, bem como ter dor ao urinar, a pessoa deve ser orientada a procurar a sua UBS de referência.

As IST podem surgir tanto nos órgãos genitais quanto em outras partes do corpo (olhos, palmas das mãos, gargantas, língua etc.) e qualquer pessoa pode adquiri-las, inclusive pode ser transmitida entre uma pessoa gestante para a criança durante a gestação, o parto ou até a amamentação (a exemplo do HIV).

O tratamento das IST melhora a qualidade de vida e interrompe a cadeia de transmissão dessas infecções. A recomendação de uso de métodos de barreira precisa considerar a realidade das práticas sexuais de cada pessoa. Faz parte do cuidado em saúde sexual oferecer espaço seguro e sigiloso para que a pessoa possa conversar e buscar respostas às suas perguntas. Camisinhas podem ser utilizadas para qualquer tipo de penetração, por pênis, mão, dedos ou objetos, mas devem ser descartadas e trocadas por outra se a penetração for alternada entre as pessoas ou entre ânus, vagina e boca, para evitar a troca de fluídos corporais. Luvas e dedeiras também podem servir para a penetração por mãos, que devem ser mantidas limpas e com as unhas bem aparadas para evitar lesões da mucosa penetrada ou rupturas da barreira utilizada. Práticas sexuais entre vulvas (como o tribadismo) também têm o potencial de transmitir IST.

Métodos de barreira específicos para a prática de tribadismo ou para sexo oral em vulva são placas ou calcinhas com fundo de silicone ou látex resistentes, mas dificilmente são encontrados para comercialização, não estão disponíveis nos serviços de saúde e são pouco tolerados, devido a desinformação de profissionais de saúde e usuárias e devido a concepções culturais heteronormativas sobre as práticas sexuais. Filmes plásticos de uso culinário não devem ser utilizados por serem porosos e se romperem com facilidade.

Uma alternativa viável é confeccionar uma placa de material seguro a partir de uma camisinha (interna ou externa), no momento do ato sexual, seguindo os seguintes passos: abrir o pacote da camisinha e desenrolá-la completamente, retirar o anel da extremidade (rompendo a fina camada de látex junto a ele com um dedo ou cortando com tesoura), cortar ou rasgar a camisinha desde sua base e ao longo de todo seu comprimento, segurar a placa formada com ambas as mãos e mantê-la esticada para evitar o contato direto com a vulva.

O sangue menstrual aumenta a possibilidade de transmissão de HIV e Hepatite C, portanto conter o extravasamento de sangue também pode ser uma estratégia de prevenção, como o uso de coletores menstruais ou absorventes internos, quando não for realizada penetração vaginal.

É relevante incentivar o autoconhecimento corporal e a observação das genitálias em busca de lesões e sintomas suspeitos de IST, com a intenção de evitar contato sexual e procurar atendimento em serviço de saúde caso sejam encontrados.

A oferta de testes sorológicos (laboratoriais ou testes rápidos) deve estar disponível. A profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) e a profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP) são estratégias importantes de prevenção apenas da transmissão sexual do HIV, portanto é necessário utilizar outros métodos para evitar o contato com outras IST.

Rastreamento do câncer de colo de útero

A colpocitologia oncótica deve ser oferecida a todas as pessoas entre 25 e 65 anos que possuem colo do útero e que já tiveram algum tipo de penetração vaginal ao longo da vida - o que ofereceria risco de exposição ao vírus HPV. A periodicidade deve seguir as recomendações do Ministério da Saúde (intervalo de um ano entre a primeira e a segunda coleta e, caso não sejam identificados riscos, intervalo de 3 anos até os 65 anos de idade). Homens trans e demais pessoas transmasculinas tem a mesma chance de desenvolver câncer de colo uterino que mulheres cisgênero, mas o rastreamento tende a ser realizado de maneira mais inadequada nessa população. Além dos fatores que afastam as pessoas transexuais e travestis dos serviços de saúde, o uso prolongado de testosterona é um fator de risco para não realizar o rastreamento, pois a atrofia vaginal e cervical geram maiores desconforto.

A realização do exame não pode ser considerada uma condição para que a pessoa seja acompanhada por qualquer motivo, embora seja relevante considerar a oportunidade do contato de homens trans e pessoas transmasculinas com o serviço de saúde para a oferta do rastreamento

Câncer de mama:

A mamografia pode apresentar benefícios semelhantes aos das mulheres cisgênero para pessoas transmasculinas que não tiveram suas glândulas mamárias removidas e para pessoas transfemininas em uso de hormônios há pelo menos 20 anos. A oferta deve incluir informações de benefícios e riscos, como 0,1% de detecção precoce efetiva contra 10% de resultados falso-positivos e 0,5% de tratamentos desnecessários em 10 anos de rastreamento para população com baixo risco para câncer mamário.

O desconforto disfórico relacionado ao exame para pessoas transmasculinas também precisa ser abordado e considerado, assim como a realização do exame pode ser significativa para afirmação de gênero de mulheres transexuais e travestis.

O diagnóstico de outras doenças não deve ser realizado por meio de rastreamentos, e sim por investigações diagnósticas a partir de suspeitas clínicas ou após avaliação de riscos específicos

- **Psicólogos:**

A saúde mental é um aspecto fundamental para o bem-estar geral de qualquer pessoa e deve ser abordado pela equipe multiprofissional, e não apenas pela psicóloga, no acompanhamento de pessoas transexuais e travestis. Essas pessoas sofrem muitas restrições, carências e violações de direitos humanos e são constantemente expostas aos mais diversos tipos de violências, tanto em contextos públicos quanto privados. Estigmas, discriminações e transfobias (inclusive institucionais) vulnerabilizam ao sofrimento psíquico, o que inclui estresse de minoria, dependência de tabaco, álcool e outras drogas, depressão, transtornos ansiosos (ansiedade generalizada, fobia social etc.), ideação e tentativas de suicídio

- Oferecer apoio psicológico e intervenções para saúde mental.

É importante ressaltar que o papel da psicologia é acolher, cuidar e promover a saúde mental, o bem-estar geral e a qualidade de vida. O processo inclui o autoconhecimento, com reconhecimento de talentos e dificuldades; o auxílio no desenvolvimento de estratégias de empoderamento, habilidades sociais e enfrentamentos; o fortalecimento do exercício da autonomia do sujeito; assim como ampliação da rede de apoio. Devido às vulnerabilidades, deve-se ter o cuidado ao abordar temas como a percepção de transfobia, vivência de violências, dependência de substâncias, prejuízos e sofrimentos emocionais graves.

Se houver interesse, necessidade e possibilidade, pode ser ofertado acompanhamento psicoterápico individual ou em grupo. Qualquer que seja a situação, o atendimento deve sempre ser respeitoso, acolhedor, empático e sem julgamento, para que a pessoa se sinta confortável para expressar de forma livre e associativa seus anseios, dúvidas e demandas. Sempre que pertinente, devem ser contempladas e discutidas informações sobre o uso de hormônios e procedimentos cirúrgicos, explorando as expectativas sobre transformações corporais e a compreensão sobre os prós e contras dos acompanhamentos e procedimentos pretendidos. A profissional deve reconhecer e legitimar a autodeterminação das pessoas transexuais e travestis em relação à identidade de gênero, sendo essa também uma diretriz do Conselho Federal de Psicologia. 59 Pessoas em uso abusivo de álcool e/ou drogas, com saúde mental comprometida ou com presença de sofrimento psíquico moderado ou grave, devem receber oferta de avaliação de outras profissionais da rede de cuidados em saúde mental e pode-se considerar encaminhamento de demandas específicas para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Quaisquer sofrimentos da saúde mental existentes precisam ser avaliados e discutidos com as demais profissionais envolvidas no cuidado integral e/ou no processo de hormonização e transformações corporais. A presença de problemas de saúde mental, a priori, não exclui o apoio às transformações corporais desejadas ou às mudanças no papel de gênero vivido, mas todas as questões devem ser acompanhadas conjuntamente, visando o bem-estar geral, além de estabilidade emocional e preservação da capacidade cognitiva e exercício da autonomia

- Realizar terapias individuais ou em grupo focadas no bem-estar emocional.
- Ajudar na construção de uma identidade de gênero positiva e no enfrentamento de estigmas sociais.

Pessoas transexuais e travestis estão mais sujeitas a sofrimentos gerados pela exclusão social e pela vulnerabilidade individual que resulta desse processo.

O Estresse de Minoria é vivenciado por pessoas LGBTI que, de alguma forma, internalizaram a negatividade de sua identidade de gênero ou de sua orientação sexual, que sentem necessidade de ocultar sua sexualidade ou que sofreram experiências negativas causadas por estigma LGBTIfóbico. Esse sofrimento de exclusão pode causar transtornos ansiosos; transtornos de humor, como depressão; automutilação; negligência; compulsividade; transtornos de personalidade borderline e/ou histriônico; transtornos alimentares; transtornos e sintomas psicóticos e transtornos do espectro do autismo. O uso de tabaco, de álcool e de outras substâncias psicoativas é maior entre pessoas transexuais e travestis do que entre a população cisgênero.

Uma abordagem em saúde mental de pessoas transexuais e travestis não pode desconsiderar seus sofrimentos sociais específicos. Histórias de abandono familiar são comuns, assim como dificuldades para concluir o ensino formal em ambientes que não são inclusivos e para inserção no mercado de trabalho. Essas pessoas lidam constantemente com uma realidade de exclusão e violência que ameaça sua existência diretamente.

Organizações Não Governamentais (ONG) que mantêm observatórios de assassinato de pessoas transexuais e travestis divulgados na mídia apontam que o Brasil, uma nação que registra crescimento vertiginoso de assassinatos de pessoas LGBTI, é atualmente o país que mais registra assassinatos em números absolutos dessa população específica.

- **Assistentes Sociais:**

Considerando a Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão, e a Resolução CFESS nº 845/2018, que dispõe sobre atuação profissional de serviço social em relação ao

"Processo Transexualizador no SUS", profissionais assistentes sociais devem atuar nas diferentes perspectivas detalhadas a seguir.

- Fornecer apoio social e orientação sobre direitos e acesso a benefícios sociais.
- Ajudar na resolução de questões socioeconômicas que possam afetar a adesão ao tratamento.
- Facilitar o acesso a serviços comunitários e redes de apoio.

Atendimento Social Visa realizar o acolhimento e escuta necessários, considerando as especificidades das pessoas transexuais e travestis em acompanhamento no serviço e, à luz dos princípios do código de ética, emitir opinião técnica quando necessário, bem como encaminhar providências e prestar orientação social, no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos. Avaliar e intervir, quando pertinente, nos casos em que as vulnerabilizações sociais possam dificultar ou inviabilizar de alguma maneira o acesso ao acompanhamento multiprofissional, hormonização e/ou outros procedimentos de transformação corporal. Compete ao Serviço Social, não de maneira exclusiva, mas como uma das áreas envolvidas no cuidado específico de saúde das pessoas transexuais e travestis: Orientar sobre as possibilidades de benefícios ou agravos à saúde propiciados pela hormonização. No sentido de que as usuárias acessem as informações necessárias, para que tenham autonomia nas decisões que envolvem as transformações corporais

O trabalho visa encaminhar providências, prestar orientação social com objetivo de contribuir para sensibilização do núcleo sobre o "Processo Transexualizador no SUS", buscando apresentar e refletir sobre políticas, programas, serviços e benefícios sociais destinados à população LGBTI; apresentar e/ou referenciar o grupo e/ou família na rede socioassistencial e em outros setores que se fizerem necessários; e ofertar espaços de reflexão sobre temas correlatos ao campo dos cuidados de saúde integral LGBTI.

Pessoas transexuais e travestis que trabalham com sexo, por exemplo, por vezes têm seu uso atrelado à necessidade de trabalhar no período da noite, e por uma longa jornada de horas. Além disso, situações de violência, cárcere privado e uso de substâncias muitas vezes não estão totalmente sob o controle dessas pessoas, colocando-as em risco aumentado para o HIV e para o uso abusivo de substâncias psicoativas, muitas vezes omitidas quando em contato com um serviço de saúde ou assistência social, por medo e desconhecimento de seus direitos enquanto usuárias. Ao mesmo tempo, ao tentar acessar serviços de saúde e/ou de assistência social, ela se depara com inúmeras violências que se sobrepõem como: preconceito e discriminação em espaços públicos, desrespeito ao seu nome social, criminalização por ser usuária de drogas, criminalização por ser trabalhadora do sexo, entre muitas outras.

A RD é uma diretriz da Portaria nº. 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e é uma prática regulamentada, desde 2005, por meio da Portaria nº 1.028/2005. Portanto, é um direito de todas as pessoas e uma estratégia mais humana e eficaz de lidar com o uso de drogas. Por ser interseccional, é responsabilidade de todas e todos que atuam na rede de atenção à saúde e assistência social atuarem de acordo com tais diretrizes, terem conhecimento sobre a lei e os direitos das pessoas que fazem uso de álcool, tabaco e outras drogas, para que elas possam ser vinculadas aos serviços e aderir aos tratamentos ou encaminhamentos adequados.

Destacamos, por fim, que a estratégia de Redução de Danos fundamenta as práticas em Saúde Mental e deve atuar, prioritariamente em dirimir o sofrimento psíquico e vulnerabilidade. A atuação deve ocorrer onde o indivíduo se encontra, ao que ele demanda e em seu determinado momento de vida

Trabalho em rede:

Ao interagir com demais instituições e profissionais, cabe estimular e contribuir com as reflexões acerca da diversidade sexual, assim como a variabilidade de gênero, visando a ampla garantia e respeito à usuária e seus direitos de acesso aos serviços sem discriminação. É importante atuar no campo da defesa de direitos, no tocante à garantia do nome social, do tratamento adequado, considerando as especificidades de identidade de gênero, e outros. Para tanto, faz-se necessária articulação contínua com a rede de serviços socioassistenciais, rede intersetorial, em especial os órgãos do sistema de justiça, tais como:

a) Defensoria Pública, principalmente para assistência jurídica e suporte no acesso à medicação de alto custo e outros;

b) Se residente no município: CRAS e CREAS para eventuais benefícios assistenciais e/ou acompanhamento de acordo com as vulnerabilidades apresentadas;

c) Se pessoa em situação de rua: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua de acordo com pactuação com a SES-GO.

Pacientes em situação de moradores de rua

Uma questão central para a atenção à saúde da população de transexuais e travestis que está em situação de rua deve ser reconhecer a experiência da exclusão social e do estigma que interferem diretamente na fragilização de suas redes de proteção social.

As pessoas em situação de rua devem ser acolhidas como cidadãs, em, para que não se amplie o estigma e a discriminação que as distanciam dos espaços de convivência social e de promoção de saúde. Proporcionando experiências de tratamento digno que possam dirimir os processos de marginalização que marcam tais existências. A percepção de discriminação é extremamente elevada nesse grupo, havendo a sobreposição de discriminações – tanto pela condição de viver na rua, como pela orientação sexual, raça/cor e geração.

Essa experiência de discriminação também é frequente no âmbito dos serviços de saúde, apesar das orientações fornecidas aos serviços. Os serviços da rede municipal de saúde – sejam serviços de atenção primária em saúde, das redes especializadas e de urgência e emergência ou hospitalares – são orientados a atender à população de acordo com sua singularidade e necessidades individuais, preocupando-se em não estigmatizar as pessoas, acolhê-las em suas especificidades e, a partir disso, lidar com seus sofrimentos. São frequentes os relatos de pessoas vivendo em situação de rua sobre violências e agressões que sofreram ou a que foram expostas e são ainda mais acentuados entre pessoas transexuais e travestis nessas condições. A precariedade dos vínculos sociais repercute negativamente sobre sua saúde física e mental e a possibilidade de sofrer mais agressões. O uso de álcool e outras substâncias, nesse contexto, muitas vezes ocorrem para ajudar a suportar as duras condições de vida, a ausência ou precariedade de vínculos, a falta de confiança, a exposição a situações de riscos à saúde. A infecção pelo HIV atinge desproporcionalmente a população de pessoas travestis e transexuais e pode ser ainda mais prevalente entre aquelas que se encontram em situação de rua.

As pessoas em situação de rua devem ser acolhidas como cidadãs, em quaisquer espaços, para que não se amplie o estigma e a discriminação que as distância dos espaços de convivência social e de promoção de saúde, proporcionando uma abertura para mudanças no estilo de vida, porém sem impô-las.

- **Farmacêuticos:**

  - Orientar sobre o uso correto dos medicamentos prescritos.
  - Monitorar e manejar efeitos colaterais e interações medicamentosas.
  - Garantir a disponibilidade contínua de medicamentos essenciais.

- **Nutricionistas:**

  - Realizar avaliação nutricional e desenvolver planos alimentares personalizados.

- Orientar sobre a importância da nutrição para a saúde geral e a imunidade.
- Acompanhar e ajustar o plano alimentar conforme necessário.

- **Centrs de Especialidades Odontológica (CEO).**

As Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal deve reconhecer o direito das pessoas a um atendimento integral, com acolhimento de suas necessidades, com a maior resolutividade possível dentro do nível de atenção da Policlinica e com encaminhamento devido quando for necessário, estabelecendo-se vinculo entre a pessoa atendida e o serviço/profissionais da saúde bucal.

Faz parte da humanização do SUS, o acolher a pessoa que procura a Unidade, ouvir a queixa, atender, orientar, encaminhar e informar sobre seus direitos - um dos aspectos mais importantes do serviço de saúde.

Na literatura, são poucos os estudos especificos sobre a saúde bucal de pessoas transexuais e travestis. O uso de forma indiscriminada de hormônios e bloqueadores hormonais, em alguns casos, aumenta o risco de xerostomia e osteopenia, o que pode causar perda de elementos dentais devido à falta de inserção óssea.

Os principais problemas bucais estão relacionados com a má higiene bucal, sendo necessário o atendimento básico como para todas as pessoas usuárias do SUS. A violência e suas consequências também podem afetar a saúde bucal, assim traumas faciais gerados por situações de violência necessitam potencialmente de atuação da especialidade de cirurgia bucomaxilofacial.

Feridas que não desaparecem em no máximo quinze dias, devem ser avaliadas pela cirurgiã dentista da APS e, se necessário, encaminhadas para a área de estomatologia nos Centros de Especialidade Odontológica (CEO). Pessoas que fazem uso excessivo de álcool, tabaco, associação do tabaco com álcool ou outras drogas, cuja alimentação é pobre em vitaminas e proteínas, e também aquelas que têm prática do sexo oral fazem parte de grupo de risco para o surgimento de lesões cancerizáveis. Portanto, cabe orientação através da Educação Permanente a esse grupo de pacientes para a realização de autoexame bucal

4.5. Monitoramento e Avaliação:

- Realizar consultas de seguimento regulares para monitorar a adesão ao tratamento e a resposta terapêutica conforme preconizado o número de consultas ao SAE.
- Utilizar indicadores de qualidade para avaliar os resultados do cuidado e identificar áreas de melhoria.
- Promover reuniões periódicas da equipe multiprofissional para discussão de casos e ajustes no plano de cuidado.

5. Responsabilidades:

- **Coordenação da Policlínica:** Garantir a implementação do protocolo, supervisionar a equipe e promover a integração dos serviços.
- **Equipe Multiprofissional:** Colaborar na execução do plano de cuidado, participar de reuniões de equipe e contribuir para a melhoria contínua do atendimento.

6.Revisão do Protocolo: Este protocolo deve ser revisado anualmente ou conforme necessário, com base em novas evidências científicas e feedback da equipe e dos pacientes.

7. Referências

Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. Lancet. 2016; 388(10042):3 90–400.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Gabinete do Ministro da Saúde; 2017.

De Toledo LC, Da Rocha MAK, Dermmam MR, Damin MRA, Pacheco M, editors. Manual para o uso não sexista da linguagem - o que bem se diz, bem se entende. [Internet]. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul; 2014: 114. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3034366/mod_resource/content/1/

Manual para uso não sexista da linguagem.pdf 5. United Nations Humans Rights. Intersex [Internet]. 2018. Disponível em: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/LGBT/FactSheets/UNFE_FactSheet_Intersex_EN.pdf 6. Butler J. Gender Trouble [Internet]. 1st ed. Londres: Routledge; 1990: 92. Disponível em: http://lauragonzalez.com/TC/BUTLER_gender_trouble.pdf 7. Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Vol. 20, Porto Alegre: Educação & Realidade. 1995; 20(2): 71–99

3.4 – Implementação e Funcionamento de outros Serviços

3.4.1 - Instruções para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima.

INTRODUÇÃO

A grande missão do Serviço Social está relacionada ao bem-estar coletivo, dessa maneira cabe a ele intervir no processo saúde/doença desenvolvendo as atribuições de competência do Assistente Social contribuindo na melhoria da qualidade de vida e no nível de saúde do usuário da Policlínica e de seus familiares e acompanhantes. Se posicionando em favor da equidade e justiça social diante das demandas sociais buscando assegurar a universalidade do acesso aos bens e serviços relativos aos Programas de Saúde e Políticas Sociais, bem como sua gestão democrática.

"O Serviço Social é o controlador dos desequilíbrios, por exercer sua ação junto à necessidade social, visando reconduzir os desajustados à vida normal. Nesse sentido, mais que os melhoramentos materiais, era preciso educar a nossa gente e fazê-la entender que a luta pela vida é natural e dentro dela se pode, relativamente, ser feliz."

Oliveira, Pinheiro

OBJETIVO

O presente documento tem por objetivo principal apresentar os conceitos e diretrizes para atuação do Serviço Social no serviço de saúde, bem como discorrer sobre sua estrutura, suas normas e rotinas definindo sua área de abrangência além de apresentar sua equipe, subordinação e horário de funcionamento.

HORÁRIOS DE ATUAÇÃO

O Serviço Social contará com profissionais que farão parte dos profissionais de apoio técnico assistencial e atuarão na totalidade das ações e serviços oferecidos pelo serviço de saúde nas vinte e quatro horas do dia, de segunda a domingo em turnos de 6 horas, cumprindo jornada semanal de 30 horas conforme Lei Nº 12.317, de 27 de agosto de 2010 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)

ESTRUTURA e EQUIPE MÍNIMA

O profissional Assistente Social no âmbito da saúde é reconhecido pela Resolução Nº 383/99 de 29/03/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

Todos os Profissionais Assistentes Sociais deverão observar a legislação pertinente a profissão, o Código de Ética e as Resoluções do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em seus direitos e deveres.

A escala de serviço das Assistentes Sociais respeitará a jornada de trabalho de 30 (trinta) horas semanais, com base na Lei 12.317 de 26 de agosto de 2010.

As boas práticas recomendam que um assistente social pode realizar 3 consultas / hora / turno de atendimento, definindo como fator de planejamento que 10% dos pacientes que buscam o serviço de saúde a cada dia levariam uma questão ao Serviço Social, temos que, seguindo as metas estabelecidas, teremos 116 pacientes buscando o Serviço Social a cada dia, entendendo que 70% desses o farão nas doze horas dos plantões diurnos, termos 82 pacientes no intervalo das 07:00h – 19:00h.

Dessa forma o serviço contara na parte da manhã, das 07:00h com dois Assistentes Sociais e, na parte da tarde 13:00 as 19:00h com dois profissionais.

Os requisitos mínimos para o exercício das funções nas diferentes categorias funcionais são:

- Coordenador do Setor de Serviço Social: Bacharel em Serviço Social, devidamente registrado no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).
- Assistentes Sociais: Bacharel em Serviço Social devidamente registrado no Registro no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).

Os atendimentos sociais serão realizados na própria estrutura da Policlínica 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 dos Cargos

1. Cargo: Assistente Social	**2. Subordinação:**

	Coordenação Multiprofissional
3. Área: Serviço Social – Apoio a Assistência	**4. Categoria:**
5. Objetivo: Prestar assistência social aos pacientes e seus familiares durante o período de tratamento na unidade de saúde	
6. Atribuições: Acompanhar o paciente nas diversas fases do tratamento e fazer os devidos encaminhamentos (referência e contrarreferência) para a rede de serviços de saúde. Encaminhar o paciente, se necessário a assistência na comunidade. Realizar contato com a rede de apoio e de proteção social do usuário quando necessário e fazer os encaminhamentos necessários. Buscar a recuperação do paciente e sua reintegração ao ambiente familiar e social. Estar sempre disponível para orientar pacientes e seus familiares quanto a assuntos relacionados a assistência social.	
7. Escolaridade Necessária: Formação em curso superior de assistência social e registro no Conselho Regional da profissão.	
8. Experiência Necessária: Ambiente de saúde	

ABRANGÊNCIA

Locais de atuação:

Ambulatório: (7:00 às 19:00), responsável pelos atendimentos. Durante a semana, os profissionais deverão ser acionados conforme a demanda das áreas assistenciais da Policlínica;

SADT Externo: (7:00 às 19:00), responsável pelos atendimentos. Durante a semana, os profissionais deverão ser acionados conforme a demanda das áreas assistenciais da Policlínica;

Hemodiálise: (7:00 às 19:00), responsável pelos atendimentos. Durante a semana, os profissionais deverão ser acionados conforme a demanda das áreas assistenciais da Policlínica;

O Serviço Social, representado na figura do profissional Assistente Social, como profissional de saúde, tem como competências intervir junto aos fenômenos sócios-culturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, proteção e ou recuperação da saúde.

A prática profissional dos Assistentes Sociais vem se desenvolvendo e a cada dia tem se tornado mais importante e necessária para a promoção e atenção à saúde. Sua intervenção tem se ampliando e se consolidado diante da concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente.

A atenção à saúde não está centrada apenas sob o enfoque médico, mas nas diferentes intervenções multidisciplinares cujas práticas enfocam a prevenção, dessa maneira a abrangência das atividades dos profissionais de Assistência Social se permeia por toda a instituição, buscando apoiar aquelas pessoas com necessidades sociais.

O profissional da assistência social da Policlínica busca assegurar os direitos dos usuários quando estes colidem com as normas institucionais sempre objetivando o entendimento e a colaboração mútua.

O serviço se pauta nas diretrizes definidas no documento redigido pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) "Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde" de março de 2.009, Brasília/DF.

NORMAS

Das Competências

Compete a Coordenador do Serviço Social:

- Supervisionar as atividades técnicas e administrativas do Setor de Serviço Social;
- Realizar estudo sobre as demandas do Serviço Social;
- Planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do serviço social;
- Assessorar o Diretor Médico da Policlínica na definição das diretrizes da Assistência Social

no âmbito da sua competência;

- Estabelecer normas e diretrizes para o Setor de Serviço Social;
- Encaminhar pedidos e propor ao Diretor Médico admissão e dispensa de funcionários sob sua supervisão;
- Promover a capacitação técnica e administrativa do pessoal do Setor de Serviço Social;
- Participar de reuniões com outros setores do serviço de saúde, para discussão de questões técnicas de interesse da instituição;
- Planejar, organizar, coordenar e avaliar o trabalho social;
- Contribuir no processo de seleção dos recursos humanos prevendo o quantitativo necessário ao Setor de Serviço Social e fazer a distribuição destes;
- Manter articulação com os demais serviços do serviço de saúde, visando melhor atendimento aos usuários;
- Apresentar a produtividade mensal através de relatório quantitativo das atividades desenvolvidas pelos Assistentes Sociais sob sua supervisão;
- Elaborar a escala de serviço das Assistentes Sociais, respeitando à jornada de trabalho de 30 (trinta) horas semanais, com base na Lei 12.317 de 26 de agosto de 2010;
- Aprovar o Plano de Férias anual dos integrantes do Setor Serviço Social;
- Promover educação em saúde no serviço de saúde;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar protocolos, manuais de normas e rotinas próprios e do direito e deveres dos usuários, bem como mantê-los atualizado visando a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;
- Elaborar e Supervisionar programas e projetos na área de competência do Setor Serviço Social.

São atribuições das Assistentes Sociais

- Realizar o Trabalho Social de competência do Assistente Social;
- Prestar orientação social aos usuários da Policlínica e seus familiares e acompanhantes;
- Realizar Atendimento Social, Acompanhamento Social, Encaminhamento Social, Triagem Social;
- Defender a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais no serviço de saúde;
- Democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis no serviço de saúde e na rede;
- Realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais e pareceres sociais;
- Elaborar, coordenar e executar programas e projetos na área de competência do Assistente Social;
- Realizar e participar de pesquisas das condições de saúde, visando melhor conhecimento dos fatores relacionados ao processo saúde / doença;
- Trabalhar a situação socioeconômica e cultural dos pacientes, relacionada ao processo saúde-doença;
- Promover a participação do paciente na assistência;
- Identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção;
- Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- 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;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no serviço de saúde, discutindo com os demais membros da equipe multidisciplinar a problemática do paciente, interpretando a

situação social do mesmo;

- Colaborar na humanização do atendimento do serviço;
- Realizar visitas domiciliares quando avaliada sua necessidade;
- Realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais;
- Assumir a responsabilidade dos procedimentos técnicos realizados;
- Promover pesquisa científica em seu campo de atuação e participar dos programas de saúde desenvolvidos no serviço de saúde;
- Participar de programas de atualização, aperfeiçoamento profissional, capacitação e desenvolvimento em Serviço Social;
- Avaliar e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social;
- Manter contato com a Diretoria Técnica da Policlínica objetivando a eficiência dos serviços;
- Atuar de forma integrada com as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades sociais dos pacientes;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- 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;
- Apresentar a produtividade mensal através de relatório quantitativo dos procedimentos técnicos realizados a Chefe do Setor de Serviço Social.

Atendimento do Assistente Social nos Ambulatórios, SADT e Hemodiálise

Objetivo

Orientar conduta profissional nas unidades de atendimento externo, Ambulatórios, SADT e Hemodiálise.

- Acompanhar a início das atividades dos setores, verificando a presença dos profissionais médicos necessários;

- Estar disponível para atender os usuários que buscarem o Serviço;

- Realizar acolhimento aos usuários, familiares/rede de apoio social ou acompanhantes nos locais de atendimento externo;

- Fazer entrevista e/ou estudo social, objetivando compreender a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista, saúde e previdenciária) e familiar dos usuários, com o intuito de elaborar estratégias de intervenção;

- Prestar atendimento aos familiares/rede de apoio social, compreendendo que a família vivencia juntamente com o usuário seu processo de saúde e doença;

- Realizar contato com a rede de apoio e de proteção social do usuário quando necessário e prestar os devidos encaminhamentos.

- Realizar contatos com equipe multiprofissional, ou instituições para viabilizar o atendimento da demanda apresentada;

- Formalização do encaminhamento, quando necessário;

- Acompanhar sistematicamente os usuários que estão se submetendo a seções de fisioterapia, fortalecendo vínculos, identificando demandas, realizando orientações e/ou encaminhamentos necessários;

- Articular, com a equipe multiprofissional, nas situações onde o paciente busca o serviço; as orientações necessárias ao tratamento;

- Registrar os atendimentos no sistema de gerenciamento de pacientes do usuário com a equipe de Serviço Social com a finalidade de compartilhar as informações, intervenções e encaminhamentos realizados;

- Registrar no prontuário do usuário as informações pertinentes para socializar com a equipe multiprofissional;

- Atender situações ou demandas apresentadas em caráter emergencial, não caracterizando

atividade de rotina ou programada:

- ✓ Orientações previdenciárias e trabalhistas;
- ✓ Orientações/encaminhamentos quanto aos serviços sócio assistenciais;
- ✓ Situações emergenciais de violência;
- ✓ Atendimento a gestante ou puérpera usuária de substância psicoativas.

Próteses

Objetivo

- Promover o acesso do usuário/a aos serviços de prótese;
- Orientar sobre os critérios e documentação necessários;
- Orientar o fluxo de acesso à prótese;
- Informar os meios auxiliares de locomoção fornecidos pelo local onde se dará a reabilitação;
- Contato com o Diretor Técnico para obter apoio no agendamento da avaliação do usuário e encaminhamento para uso de próteses.

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 juntamente com os residentes;
- Construir plano de trabalho em conjunto com a tutoria da universidade e os residentes;
- Executar atividades de orientação e supervisão de acordo com 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.

Residente em serviço social

- 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;

- 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;

- Identificar recursos e propor respostas imediatas às situações e necessidades apresentadas por indivíduos e 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 do 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;

- Planejar e acionar estratégias de referência e contra referência visando a atenção à necessidade de saúde apresentada pelo indivíduo;

- Contribuir com a formação profissional através do processo de supervisão de estágio ou supervisionar estagiários de Serviço Social.

3.4.2 - Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de norma e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima

DO MODELO ASSISTENCIAL E LINHA DE CUIDADOS E SERVIÇOS OFERECIDOS

O modelo assistencial da Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa é centrado no cuidado ao paciente de forma multiprofissional e interdisciplinar, estruturado de forma a assegurar o acesso, a qualidade e segurança da assistência, fazendo uso de protocolos clínicos específicos e multiprofissionais, protocolos de prevenção de riscos, estabelecendo linhas de cuidado assistenciais e de apoio.

Os serviços ambulatoriais da Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa são estruturados em Coordenações, ordenados considerando a condição clínica e grau de complexidade do paciente e áreas afins de especialidades.

Os serviços assistenciais possuem as seguintes atribuições gerais:

- Cumprir e fazer cumprir o presente Regulamento e as deliberações institucionais;
- Participar e cumprir as etapas do processo seletivo em consonância com as políticas e estratégias de Recursos Humanos;
- Atuar no sentido do melhor relacionamento interpessoal entre os profissionais com vistas à ação assistencial integrada, resolutiva e humanizada junto aos pacientes;
- Organizar o fluxo do serviço, garantindo acesso e ampliação da demanda;
- Aumentar a eficiência do serviço de admissão e reduzir custos;
- Prover uma assistência e prestação de serviço de qualidade e segurança que atenda aos padrões e critérios legais e institucionais estabelecidos;
- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança do paciente em todo o processo de internação e atendimento ambulatorial em consonância com a legislação vigente, as boas práticas e os critérios estabelecidos pelo Núcleo de Qualidade;

- Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos na instituição;

- 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;

- Identificar os riscos dos processos de trabalho e desenvolver ações para criação de regras, políticas e procedimentos para prevenir, detectar e mitigar a ocorrência de atos indesejados;

- Promover interação da equipe multiprofissional com reuniões periódicas para discussão de casos;

- Promover pesquisas científicas em assuntos pertinentes a cada serviço;

- Participar da elaboração e atuar no sentido do cumprimento das diretrizes e ações definidas nas documentações institucionais;

- Promover ações de educação continuada para o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores para o aperfeiçoamento de suas habilidades, bem como maior visão da realidade em que estão inseridos, visando à construção de conhecimentos;

- Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes e aos funcionários;

- Manter um ambiente de cooperação mútua de toda a equipe facilitando a execução dos processos;

- Disponibilizar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para assegurar uma assistência qualificada e personalizada em situações rotineiras, emergências e de urgências aos pacientes internados;

- Manter materiais e equipamentos em condições para guarda, controle, manutenção e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;

- Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;

- Participar junto ao Serviço de Controle de Infecção relacionada à assistência à saúde no planejamento e na supervisão do cumprimento das ações de controle de infecção;

- Cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

- Fazer cumprir as políticas, diretrizes e ações relacionadas à comunicação institucional;

- Identificar, notificar e analisar os eventos adversos ocorridos, bem como os relatórios de não conformidades.

Para o funcionamento da Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

a) 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 tratamento ambulatorial.

b) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

c) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade, quando couber.

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas, para realização do procedimentos ambulatorioal que couber.

DA ORGANIZAÇÃO ESTRUTURA AMBULATORIAL DE SUPORTE

A Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa funcionará com a disponibilização de Leito/Dia para prestação de assistência intermediária no atendimento ambulatorial, e realização de procedimentos clínicos, de pequenas cirúrgias, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas.

Da Coordenação Multiprofissional

A Coordenação Multiprofissional é realizada pelo profissional Enfermeiro(a).

Da Estrutura

Subordinam-se à Coordenação Multiprofissional as áreas:

- Enfermagem;
- Psicologia;
- Serviço Social;
- Biomedicina;
- Fisioterapia;
- Fonoaudiologia;
- Terapia Ocupacional;
- Farmácia;
- Nutrição;
- Odontologia.

Das Atribuições

A Coordenação Multiprofissional:

- Planejar a utilização dos recursos humanos e materiais disponíveis, em conformidade com as demais coordenações, visando atualizar e suprir as necessidades de suas áreas, com o objetivo de obter

uma melhoria contínua das atividades por elas desenvolvidas;

- Planejar as em conjunto com as lideranças das áreas sob sua coordenação as atividades, processos e resultados;

- Propor a integração dos procedimentos médicos, assistenciais e administrativos no que for de sua atribuição;

- Propor a forma de monitoramento dos prazos de agendamento e de realização das atividades assistenciais;

- Propor a utilização dos sistemas de informação em sua plenitude, permitindo o compartilhamento das informações do paciente tanto no âmbito operacional como no gerencial e científico;

- Propor melhorias nos processos de controle e movimentação dos prontuários de pacientes;

- Propor aperfeiçoamento na metodologia de execução dos processos de auditorias em sua área de atuação;

- Cumprir atribuições relacionadas presentes Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Das Competências

Ao Coordenador(a) Multiprofissional compete:

- Coordenar, orientar e supervisionar as atividades de apoio da Unidade e Áreas que lhes são subordinadas;

- Expedir normas internas referentes ao corpo de profissionais da Unidade e Áreas que lhes são subordinadas;

- Cumprir e fazer cumprir as determinações e políticas institucionais;

- Monitorar os indicadores de processo e de resultados assistenciais;

- Determinar a forma de regular o acesso aos serviços da instituição segundo critérios legais, médicos e assistenciais;

- Atender às competências relacionadas presentes Regimento

Interno.

Do Funcionamento

A Coordenação Multiprofissional subordina-se à Gerência Assistencial. Atuar de segunda a sexta-feira, no período das 8 (oito) às 17 (dezessete) horas, mantendo fora deste horário o plantão à distância conforme escala estabelecida.

Das Instruções Gerais para Equipe Multidisciplinar

As equipes de Cuidados Multiprofissionais Integrais possuem as seguintes atribuições gerais:

- Cumprir e fazer cumprir o presente Regulamento e as deliberações institucionais;
- Participar e cumprir as etapas do processo seletivo em consonância com as políticas e estratégias de Recursos Humanos;
- Atuar no sentido do melhor relacionamento interpessoal entre os profissionais com vistas à ação assistencial integrada, resolutiva e humanizada junto aos pacientes;
- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança do paciente em todo o processo de internação em consoFoegislação vigente, as boas práticas e os critérios estabelecidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
- Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos na instituição;
- Identificar os riscos dos processos de trabalho e desenvolver ações para criação de regras, políticas e procedimentos para prevenir, detectar e mitigar a ocorrência de atos indesejados;
- Promover interação da equipe multiprofissional com reuniões periódicas para discussão de casos;
- Promover pesquisas científicas em assuntos pertinentes a cada serviço;

- Participar da elaboração e atuar no sentido do cumprimento das diretrizes e ações definidas nas documentações institucionais;

- Promover ações de educação continuada para o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores para o aperfeiçoamento de suas habilidades, bem como maior visão da realidade em que estão inseridos, visando à construção de conhecimentos;

- Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes e aos funcionários;

- Manter um ambiente de cooperação mútua de toda a equipe facilitando a execução dos processos;

- Disponibilizar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para assegurar uma assistência qualificada e personalizada em situações rotineiras, emergências e de urgências aos pacientes internados;

- Manter materiais e equipamentos em condições para guarda, controle, manutenção e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;

- Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;

- Participar junto ao Serviço de Controle de Infecção relacionada à assistência à saúde no planejamento e na supervisão do cumprimento das ações de controle de infecção;

- Fazer cumprir as políticas, diretrizes e ações relacionadas à comunicação institucional;

- Cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

- Identificar, notificar e analisar os eventos adversos ocorridos, bem como os relatórios de não conformidades.

Da Enfermagem

Do Enfermeiro Assistencial

Das Atribuições

- Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar o processo e os serviços de assistência de enfermagem;
- Planejar, organizar, coordenar e avaliar as atividades técnicas e auxiliares de enfermagem nas unidades assistenciais;
- Elaborar, executar e participar dos eventos de capacitação da equipe de enfermagem;
- Implementar ações para a promoção da saúde;
- Participar da elaboração e execução de planos assistenciais de saúde do idoso, do adulto, do adolescente, da mulher e da criança no âmbito ambulatorial;
- Prestar assistência direta aos usuários de maior complexidade técnica, graves com risco de morte e/ou que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Participar e atuar nos programas de prevenção e controle sistemático de infecção ambulatorial, garantindo uma assistência de qualidade e segura;
- Realizar e participar da prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causadas aos usuários durante a assistência de enfermagem;
- Participar de projetos de construção ou reforma de unidades assistenciais;
- Realizar reuniões periódicas com os funcionários sob seu gerenciamento para formação de uma equipe de trabalho qualificada, apresentando um relatório das mesmas ao chefe de divisão e participar daquelas para as quais for convocado;

- Elaborar escala mensal, de férias e diária de serviço da unidade e turno sob sua responsabilidade;

- Promover interação da equipe multidisciplinar, objetivando o cuidado centrado no usuário;

- Suprir a unidade de materiais necessários aos trabalhos, mantendo o respectivo controle de uso, reposição, guarda e conservação;

- Manter a ordem e limpeza do ambiente de trabalho, solicitando ao órgão competente todos os reparos que se fizerem necessários;

- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Profissional;Realizar demais atividades inerentes ao emprego.

Do Técnico de Enfermagem

Das Atribuições

- Assistir ao enfermeiro em todas as suas atividades;

- Prestar cuidados integrais a usuários em unidades de maior complexidade técnica, sob a supervisão do Enfermeiro;

- Executar tratamentos prescritos e de rotina, nas unidades de tratamento ambulatorial sob supervisão do enfermeiro da unidade;

- Realizar atividades determinadas pelo enfermeiro responsável pela unidade que não estejam aqui descritas, mas que façam parte de suas atribuições, conforme Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87.

Da Unidade de Psicologia

Das Atribuições

A Unidade de Psicologia tem as seguintes atribuições:

- Prestar assistência psicológica em suas várias formas aos pacientes externos (ambulatório) e a seus familiares por meio de ações diagnósticas, terapêuticas, de informação, orientação e

controle, interferindo nos desajustes emocionais provenientes do processo de adoecer e da hospitalização, por meio de proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde mental;

- Integrar-se às demais unidades por meio de programas conjuntos, a fim de assegurar a assistência biopsicossocial ao paciente e familiares;

- Desenvolver seus programas específicos da prática psicológica, oferecendo condições para a interpretação de seus dados aos outros profissionais das equipes médica, de enfermagem e multiprofissional;

- Manter entrosamento com recursos da comunidade para assuntos relativos à saúde mental, para garantir o sistema de referência e contrarreferência, quando necessário;

- 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;

- 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 Psicologia;

- Dispor de programas de avaliação das atividades executadas, acompanhando a qualidade dos serviços prestados;

- 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;

- Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Das Competências

Ao Supervisor da Unidade de Psicologia compete:

- Elaborar plano de trabalho anual, definindo prioridades de acordo com os objetivos preestabelecidos pela alçada superior e política vigente na instituição;

- Organizar e acompanhar o desenvolvimento das atividades específicas de sua Unidade, assegurando o cumprimento das diretrizes estabelecidas e propondo soluções para as dificuldades encontradas;

- Organizar e acompanhar por meio de assessoria específica o desenvolvimento das atividades relacionadas a programas de gestão da qualidade;

- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Gerência Assistencial e Coordenação Multidisciplinar;

- Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo alteração das rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;

- Garantir a emissão de relatórios de produção para uso institucional;

- Alocar recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;

- Coordenar e supervisionar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Unidade, distribuindo tarefas de acordo com a demanda;

- Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;

- Coordenar e supervisionar o treinamento de empregados públicos, servidores, funcionários e estagiários;

- Avaliar os resultados do treinamento, propondo reciclagens, aprimoramentos e programas de desenvolvimento para os profissionais psicólogos, visando à atualização de conhecimentos frente às novas demandas (técnicas e/ou administrativas) que surgem, a favor da qualidade dos serviços prestados;

- Elaborar projetos técnico-científicos dentro da Unidade específica de conhecimento, bem como integrado com as demais unidades/divisões, visando ao aprimoramento em sua unidade de atuação;

- Monitorar e realizar avaliações periódicas dos indicadores de processos e de resultados e realizar os ajustes necessários, garantindo a melhoria contínua do atendimento prestado à comunidade, bem como o cumprimento de metas estabelecidas pela Unidade;

- Participar dos projetos de pesquisa, dando suporte técnico e científico;

- Manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com as rotinas estabelecidas;

- Participar de programas de saúde da instituição e da comunidade;

- Analisar e comunicar aos órgãos competentes os problemas de relacionamento dos empregados públicos, servidores e funcionários com os pacientes, nas várias áreas de trabalho;

- Sugerir a Coordenação Multiprofissional medidas que visem à melhoria do padrão de atendimento dos pacientes e familiares;

- Estabelecer e observar normas para a utilização da Unidade de Psicologia como campo de ensino;

- Desenvolver atividades de ensino na Unidade, junto a outras estruturas organizacionais;

- Gerenciar o rol de programas de educação continuada, aprimoramento e especialização, seus conteúdos programáticos e

carga horária;

- Interagir, providenciar e acompanhar todos os quesitos e solicitações oriundas da Escola de Educação Permanente, bem como da Gerência de Ensino e Pesquisa;

- Responder pelas ações administrativas que garantam a qualidade e a continuidade tanto de ensino quanto das pesquisas em andamento;

- Coordenar e distribuir as ações referentes às atividades dos brinquedistas, tanto na brinquedoteca quanto junto aos leitos;

- Organizar a estrutura funcional da Unidade;

- Estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessária;

- Representar a Unidade de Psicologia;

- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Do Funcionamento

A Unidade de Psicologia subordina-se à Coordenação Multidisciplinar.

A Unidade de Psicologia, no cumprimento de suas atribuições, deve:

- Assistir psicologicamente a pacientes externos (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;

- Participar de programas multiprofissionais na assistência ao paciente e família;

- 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;

- Participar de reuniões de equipe de saúde para discussão clínica de casos específicos, bem como das propostas para o funcionamento integrado;

- Estabelecer normas e critérios de avaliação dos atendimentos prestados a pacientes e familiares;

- Facilitar a interpretação dos dados psicológicos às equipes médicas, de enfermagem e multiprofissionais, visando ao planejamento integrado das ações biopsicossociais;

- Manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com rotina estabelecida;

- Manter banco de dados de recursos em saúde mental da comunidade para encaminhamento quando se fizer necessário;

- Apresentar relatório mensal e anual de atividades;

- Estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessário;

- Viabilizar as etapas previstas para a execução com qualidade dos planos de ensino e projetos de pesquisas;

- 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;

- Manter, acompanhar e atualizar banco de dados referentes a projetos de pesquisa em andamento;

- Observar e cumprir prazos para envio de controle e outras ações administrativas interpostas pelas agências reguladoras tanto de ensino quanto de pesquisa;

- Proporcionar por meio dos brinquedistas, atividades de recreação

adequadas à faixa etária e possibilidades dos pacientes, aumentando a atividade produtiva, diminuindo a ansiedade e trazendo aspectos de vida normal para a situação de hospitalização.

Da Unidade de Serviço Social

Das Atribuições

A Unidade de Serviço Social tem as seguintes atribuições:

- Escutar, acolher e apoiar o paciente e familiar em situação advinda do processo de adoecimento no Ambulatório (Ambulatório Geral e Especializado);
- Desenvolver ações educativas para propor alternativas em situações que possam interferir no processo do tratamento médico e na reabilitação do paciente;
- Participar da equipe multiprofissional para discussão e definição da proposta terapêutica;
- Desenvolver Planos, Projetos e Programas alinhados às políticas institucionais;
- Emitir parecer social de acordo com a pertinência;
- Realizar estudo socioeconômico e cultural do paciente/familiar no Ambulatório para definir estratégia de intervenção;
- Realizar atividades grupais com pacientes e familiares para reflexão do processo saúde-doença;
- Realizar atendimento ao paciente dos Programas preestabelecidos;
- Esclarecer e interpretar ao paciente/familiar, normas e rotinas institucionais;
- Esclarecer e refletir com o paciente e familiar as possíveis

intercorrências que envolvam a sua participação e adesão ao tratamento médico proposto;

- Identificar e encaminhar os processos relacionados ao abandono do tratamento médico;

- Interpretar ao paciente/familiar, os programas de atendimento ambulatorial, visando otimizar a utilização dos recursos oferecidos;

- Levantar situação que indique maus tratos e/ou negligência e conduzir conforme necessidade;

- Participar de reunião em equipe multiprofissional;

- Participar de grupos interativos, discussões de casos;

- Orientar e encaminhar o paciente/familiar à rede sócioassistencial com objetivo de viabilizar Direitos Sociais;

- Realizar contatos com as Secretarias Municipais e Estaduais, e outros, quando necessários;

- Realizar visitas domiciliares para identificar a realidade social do paciente/familiar para definir estratégia de atuação, se necessário;

- Elaborar/divulgar material institucional socioeducativo (folder, cartilha, vídeo e outros) para orientar sobre a proposta terapêutica, direitos e deveres do paciente;

- Analisar com o paciente/familiar, as implicações sociais do diagnóstico e prognóstico médico quanto à programação de transferência de acordo com os princípios do Programa de Referência e Contrarreferência;

- Orientar o paciente sobre Direitos e Legislações: Previdenciárias, Trabalhistas e Assistenciais (Tratamento Fora do Domicílio, Benefícios Previdenciários, Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Estatuto do Idoso, Lei Maria da Penha, entre outros);

- Realizar atendimento ao paciente com prognóstico limitado

(cuidados paliativos) para desenvolver ações que visem melhorar a qualidade de vida, e dar apoio aos familiares;

- Viabilizar e agilizar juntamente com a equipe multiprofissional o acesso do usuário aos serviços complementares: Hospital-Dia, Terapia Substitutiva Renal (hemodiálise), Oxigenioterapia, Núcleo de Assistência Domiciliar (NADI), Cuidados Paliativos, entre outros;

- Promover e participar de ações voltadas ao Programa de Humanização;

- Participar dos programas de responsabilidade social, realizando ações diretas à comunidade;

- Participar de projetos de pesquisa da Unidade de Serviço Social;

- Participar dos Programas de Ensino: Estágio Curricular, Capacitação em Serviços, Visitas Institucionais, Aprimoramento Profissional e Residência Multiprofissional;

- Promover e manter sistema de educação continuada aos empregados públicos, servidores e funcionários para atualizar, capacitar, aprimorar e disseminar conhecimentos;

- Participar das Comissões Institucionais;

- Disseminar as informações institucionais;

- Supervisionar a atualização dos arquivos referentes ao Expediente, aos Programas de Ensino e Pesquisa, estatísticas e documentos afins;

- Supervisionar a atualização de cadastro dos empregados públicos, servidores e funcionários da Unidade e os documentos pertinentes;

- Participar de reuniões técnicas e administrativas;

- Alimentar os dados dos indicadores no Sistema Informatizado;

- Elaborar e registrar o relatório social no prontuário eletrônico;

- Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Das Competências

Ao Supervisor da Unidade de Serviço Social compete:

- Elaborar Plano Estratégico Anual da Unidade, compatível com as diretrizes institucionais;
- Definir critérios e prioridades para execução dos planos de trabalho;
- Organizar e monitorar o desenvolvimento das atividades específicas da Unidade, avaliando o nível técnico, a qualidade e a produtividade da Unidade;
- Elaborar e atualizar os Procedimentos Operacionais Padrão, sempre que necessário;
- Propor e implantar medidas que visem à capacitação profissional e à melhoria da qualidade dos trabalhos desenvolvidos;
- Orientar e supervisionar o atendimento do assistente social, pautado nos princípios éticos, políticos, técnicos, operativos, teóricos e metodológicos da profissão;
- Emitir pareceres técnicos e administrativos, quando necessário;
- Coordenar e encaminhar os processos administrativos relacionados à evasão de crianças/adolescentes internados no InCor e os demais processos administrativos que se fizerem necessários;
- Monitorar os indicadores de processos e dos resultados e realizar os ajustes necessários;
- Promover e coordenar reuniões técnicas e administrativas da Unidade;
- Promover a integração da equipe e incentivar o desenvolvimento

profissional, conforme programas oferecidos e programas externos que sejam de interesse da Unidade;

- Supervisionar e estabelecer sistemática de execução de trabalhos administrativos da Unidade;

- Proceder à revisão periódica do Manual de Organização do Serviço Social;

- Deliberar sobre assunto de interesse da Unidade em conformidade com o Código de Ética Profissional do Serviço Social;

- Defender assunto de interesse da Unidade em conformidade com o Código de Ética Profissional do Serviço Social;

- Articular com as estruturas organizacionais com o objetivo de facilitar a integração dos processos de trabalho;

- Ouvir, acolher e mediar as ocorrências relacionadas à reclamação do usuário referente à Unidade;

- Cumprir as determinações administrativas da Gerência Assistencial e Coordenação Multiprofissional;

- Prestar assessoria e consultoria a Órgãos da Administração ou às entidades externas, quando designado pelo Gestor Administrativo;

- Promover e coordenar reuniões técnicas e administrativas da Unidade;

- Promover e participar de ações voltadas ao Programa de Humanização;

- Participar dos Programas de responsabilidade social, realizando ações diretas à comunidade;

- Estabelecer diretrizes e critérios para orientar as atividades didáticas e de pesquisas desenvolvidas na Unidade;

- Participar das Comissões Institucionais;

- Participar da Coordenadoria de Atividades do Serviço Social – CASS, representada pelos Gestores de Serviço Social dos Institutos do HCFMUSP, para condução de ações técnico-administrativas;

- Participar de atividades de Sociedades Científicas, Congressos, Simpósios e Eventos de representação profissional;

- Planejar e supervisionar os profissionais nas atividades de Ensino e Pesquisa;

- Coordenar e supervisionar processo de seleção, treinamento, capacitação e avaliação dos empregados públicos, servidores, funcionários e estagiários;

- Organizar o quadro de pessoal e sua distribuição de acordo com as demandas, alocando os recursos necessários;

- Participar do processo de seleção/contratação, treinamento e avaliação dos empregados públicos que ingressam na Unidade;

- Padronizar a documentação específica da Unidade;

- Supervisionar e prestar contas dos recursos financeiros gerenciadas pela Unidade;

- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Do Funcionamento

A Unidade de Serviço Social subordina-se à Coordenação Multidisciplinar.

A Unidade de Serviço Social, no cumprimento de suas atribuições, deve:

- Realizar o atendimento ao paciente/familiar, conforme diretrizes e programas previamente estabelecidos;

- Realizar o atendimento ao paciente/familiar, conforme critérios do

assistente social;

- Realizar o atendimento ao paciente/familiar encaminhado pela equipe multiprofissional, em conformidade com os princípios éticos da profissão;
- Realizar o atendimento ao paciente/familiar, conforme a demanda espontânea;
- Participar de Programas de Ensino;
- Participar de Programas de Pesquisa;
- Realizar rotinas conforme escala preestabelecida;
- Atender às necessidades administrativas da Unidade.

Do Laboratório de Análises Clínicas

Das Atribuições

Ao Laboratório de Análises Clínicas tem-se as seguintes atribuições:

- Realizar análises físico-químicas, microbiológicas e parasitológicas;
- Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional;
- Verificar as condições de operação dos equipamentos do laboratório para a realização dos exames clínicos;
- Efetuar controles internos utilizando-se de parâmetros para mensurar a precisão ou tolerância aceitável para os resultados;
- Registrar as marcações obtidas para garantia do controle de qualidade ou análise das tendências de marcação para prever a necessidade de manutenção;
- Manter estrutura funcional organizada, assim como lâminas, reagentes, material de laboratório, instrumentos de análise, bem como cuidar da ordem e limpeza do ambiente de trabalho;

- Executar as análises clínicas das amostras recebidas (sangue, urina, fezes, secreções etc.) utilizando-se de material, soluções, instrumentos e equipamentos específicos;

- Avaliar os resultados dentro de padrões estabelecidos e realizar a confecção dos laudos;

- Proceder coleta de amostras e dados em laboratórios ou em atividades de campo relativas a uma pesquisa;
- Proceder à análise de materiais em geral utilizando métodos físicos, químicos, físico-químicos e bioquímicos para se identificar qualitativo e quantitativamente os componentes desse material, utilizando metodologia prescrita;

- Preparar periodicamente mapas e quadros demonstrativos sobre a movimentação da área;

- Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

Das Competências

Ao Supervisor do Laboratório de Análises Clínicas compete:

- Elaborar, coordenar e supervisionar o plano de trabalho emanado das diretrizes estratégicas para as atividades de análises bioqumicas, ensino e pesquisa, definindo prioridades de acordo com os objetivos predefinidos, em consonância com as políticas internas e externas;

- Alocar recursos necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;

- Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo a implementação de alterações de rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;

- Promover programas que assegurem a melhoria da capacitação e aperfeiçoamento técnico-profissional do corpo funcional;

- Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;

- Realizar avaliações periódicas dos indicadores de processos, garantindo a melhoria contínua das atividades desenvolvidas na Unidade de Análises Clínicas;

- Incentivar a elaboração de projetos técnico-científicos, visando ao aprimoramento em sua área de atuação;

- Elaborar e organizar programas de divulgação das práticas assistenciais e do conhecimento técnico-científico à comunidade externa;

- Garantir o cumprimento das diretrizes, normas, padrões e procedimentos em alinhamento com a Coodenação multiprofissional;

- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Do Funcionamento

O Laboratório de Análises Clínicas subordina-se à Coordenação Médica.

O Laboratório de Análises Clínicas, no cumprimento de suas atribuições, deve:

- Trabalhar de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;

- Realizar o seguimento dos protocolos técnicos;

- Participar da definição do plano terapêutico dos pacientes;

- Realizar reuniões sistematizadas com a equipe funcional.

Da Unidade de Fisioterapia

Da Estrutura

Subordinam-se à Unidade de Fisioterapia:

- Área de Fisioterapia no Ambulatório.

Das Atribuições

A Unidade de Fisioterapia tem as seguintes atribuições:

- Estabelecer, organizar e implementar os programas de assistência fisioterapêutica aos pacientes das diversas Unidades da instituição, em consonância com as diretrizes institucionais e a legislação vigente;
- 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;
- Promover o estudo e a padronização de técnicas compatíveis com o desenvolvimento de novas tecnologias;
- Identificar, promover e coordenar ações de ensino e capacitação profissional na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas educacionais internas e externas;
- Desenvolver ações de pesquisa e produção de conhecimento técnico-científico na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas internas e externas;
- Participar de projetos de pesquisa que requeiram o suporte da Fisioterapia;
- Promover a qualidade dos serviços prestados por meio de estratégias inovadoras e gestão dos sistemas de qualidade;
- Observar os procedimentos definidos pela legislação pertinente;
- Cumprir e fazer cumprir as determinações administrativas da Gerência Assistencial e Coordenação Multidisciplinar;

- Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Das Competências

Ao Supervisor da Unidade de Fisioterapia compete:

- Elaborar, coordenar e supervisionar o plano de trabalho emanado das diretrizes estratégicas para as atividades de assistência, ensino e pesquisa, definindo prioridades de acordo com os objetivos predefinidos, em consonância com as políticas internas e externas;

- Alocar recursos necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;

- Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo a implementação de alterações de rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;

- Promover programas que assegurem a melhoria da capacitação e aperfeiçoamento técnico-profissional do corpo funcional;

- Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;

- Organizar e acompanhar, por meio de assessoria específica, o desenvolvimento das atividades relacionadas a programas de gestão da qualidade;

- Realizar avaliações periódicas dos indicadores de processos, garantindo a melhoria contínua das atividades desenvolvidas na Unidade de Fisioterapia;

- Incentivar a elaboração de projetos técnico-científicos, visando ao aprimoramento em sua área de atuação;

- Elaborar e organizar programas de divulgação das práticas

assistenciais e do conhecimento técnico-científico à comunidade externa;

- Garantir o cumprimento das diretrizes, normas, padrões e procedimentos em alinhamento com a Coodenação multiprofissional;

- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Do Funcionamento

A Unidade de Fisioterapia subordina-se administrativamente à Coordenação Multidisciplinar.

A Unidade de Fisioterapia, no cumprimento de suas atribuições, deve:

- Realizar a assistência fisioterapêutica nas 12 (doze) horas do dia e/ou conforme agenda, de acordo com procedimentos, rotinas e protocolos previamente estabelecidos;

- Emitir relatórios mensais de produção para elaboração de indicadores de processos, disponibilizando-os internamente para melhoria de processos e externamente às áreas de interesse.

Da Unidade de Fonoaudiologia

Das Atribuições

A Área de Fonoaudiologia tem as seguintes atribuições:

- Cumprir e fazer cumprir as determinações administrativas da Coordenação multiprofissional da Instituição;

- Cumprir e fazer cumprir as determinações técnico-assistenciais da Divisão de Fonoaudiologia;

- 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;

- Operacionalizar fluxos, rotinas, protocolos e critérios para o atendimento nas áreas de Ambulatório e quaisquer outras que venham a ser constituídas onde houver atuação fonoaudiológica, visando à minimização dos impactos e riscos assistenciais;

- Executar as tarefas, atendendo a Norma Regulamentadora 5.32 e promovendo a saúde e segurança ocupacional, dentro das diretrizes corporativas;

- Fazer a interface com outros processos identificados na Divisão;

- Promover a gestão da qualidade na prática operacional e assistencial;

- Propor medidas que visem ao aprimoramento técnico e científico das atividades desenvolvidas nas áreas de Ambulatório;

- Planejar, executar e controlar a produção e demais atividades técnicas das áreas de Ambulatório;

- Garantir a regularidade das atividades técnicas na Área;

- Promover e apoiar as atividades de ensino e pesquisa na Área, de acordo com padrões estabelecidos pela Divisão;

- Garantir o uso das tecnologias disponibilizadas para as rotinas diagnósticas dentro das especificações dos fabricantes;

- Zelar pelo bom uso e preservação das instalações e dos recursos disponibilizados para a realização das atividades nas áreas de Ambulatório;

- Participar de comissões internas onde for designado;

- Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Das Competências

Ao Supervisor da Área de Fonoaudiologia compete:

- Executar as ações definidas nas reuniões e orientadas pela Coordenação Multidisciplinar;
- Divulgar, orientar e implantar as mudanças de rotina às equipes sob sua liderança;
- Descrever e revisar os processos e fluxos na assistência, em busca da qualidade do serviço e redução dos riscos aos empregados públicos, servidores, funcionários, alunos e pacientes;
- Identificar e classificar os riscos das atividades da Área de Fonoaudiologia, as ações de tratamento, conforme o impacto previsto;
- Analisar, periodicamente, por meio de indicadores de processos e resultados, as atividades de assistência, pesquisa e ensino das áreas de Ambulatório;
- Enviar relatórios periódicos de indicadores ao Coordenação Multidisciplinar;
- Informar e relatar formalmente à Coordenação, quando solicitado, esclarecimentos de ordem técnica e/ou administrativa relativos às atividades nas áreas de Ambulatório sob sua liderança;
- Promover reuniões periódicas com as equipes para detecção das necessidades e definir ações para a resolução rápida de problemas;
- Comunicar à Coordenação sobre a situação de infraestrutura da sua Área e controlar a correção dos problemas detectados;
- Garantir que o prontuário do paciente seja preenchido de forma completa e acessível para consulta e verificações;
- Adequar a oferta de atendimento ambulatorial à capacidade do serviço e necessidade de ensino;
- Garantir o tratamento com cordialidade e respeito entre os colegas do Corpo Clínico, bem como entre os membros da equipe

multiprofissional, empregados públicos, servidores, funcionários, alunos e demais profissionais;

- Planejar e integrar as atividades da Unidade alinhadas às necessidades;
- Fazer a gestão da utilização dos serviços técnicos e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis;
- Avaliar as necessidades assistenciais fonoaudiológicas das áreas de Ambulatório;
- Participar da elaboração dos planos e programas, bem como implantá-los;
- Identificar problemas e propor soluções de ordem técnica da sua Área;
- Executar a gestão de inovações no âmbito da Fonoaudiologia nas áreas de Ambulatório;
- Executar a gestão por processos na sua área de atuação;
- Representar a sua Área junto aos órgãos e comissões;
- Elaborar plano de contingência para situações de emergência que afetem as áreas de Ambulatório;
- Participar da consultoria, auditoria e emissão de parecer na compra de materiais e equipamentos dentro dos padrões institucionais;
- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Do Funcionamento

A Área de Fonoaudiologia subordina-se administrativamente à Coordenação Multidisciplinar.

A Área de Fonoaudiologia, no cumprimento de suas atribuições, deve:

- Realizar a assistência fonoaudiológica nas 12 (doze) horas do dia, de acordo com procedimentos, rotinas e protocolos previamente estabelecidos;

- Divulgar as escalas de trabalho às equipes de profissionais envolvidas em local de fácil acesso;

- Prestar atendimento diário, semanal, incluindo fins de semana e feriados;

- Prestar o primeiro atendimento frente ao pedido médico de interconsulta pelo sistema e deve acontecer nas primeiras 12 (doze) horas após o pedido de interconsulta, conforme quadro operacional;

- Coletar os indicadores, analisar e disponibilizar às equipes;

- Emitir relatórios mensais de produção para elaboração de indicadores de processos, disponibilizando-os internamente para melhoria de processos e externamente às áreas de interesse;

- Realizar reuniões periódicas entre as equipes da Área, com o intuito de alinhar as interfaces de suas respectivas atuações e promover a uniformidade de ações gerenciais;

- Participar de reuniões institucionais para planejamento de ações conjuntas de acordo com as políticas corporativas;

- Participar da reunião interna semanal para discussão de casos clínicos ou rotinas relativas à atuação fonoaudiológica no ambulatório;

- Participar de reuniões multiprofissionais;

- Fazer constar as condutas fonoaudiológicas no prontuário médico;

- Atender pacientes recebidos provenientes de fluxos firmados com a Secretaria Estadual da Saúde, observando os critérios estabelecidos pela Direção;

- Atender pacientes mediante agendamento prévio;

- Realizar o atendimento com o uso de programas terapêuticos fonoaudiológicos, baseados em evidência e com acompanhamento dos resultados;

- Utilizar os protocolos e procedimentos operacionais padrão estabelecidos para todas as rotinas e processos assistenciais ambulatoriais;

- Orientar e informar sobre prognóstico e tratamento fonoaudiológico aos pacientes, cuidadores e equipe de saúde.

Da Unidade de Terapia Ocupacional

Das Atribuições

A Unidade de Terapia Ocupacional tem as seguintes atribuições:

- Prestar assistência ao paciente em ambulatório por meio de ações de prevenção e o tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psico-motoras, 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, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade;

- 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;

- Realizar diagnósticos, intervenções e tratamentos de pacientes, utilizando os devidos procedimentos de terapia ocupacional;

- Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis;

- Desenvolver e organizar programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida;

- Participar de reuniões e visitas clínicas do seu setor de trabalho;

- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;

- Elaborar e revisar protocolos e procedimentos operacionais padrão relacionados a sua área de atuação;

- 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;

- 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;

- Dispor de programas de avaliação das atividades executadas, acompanhando a qualidade dos serviços prestados;

- Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Das Competências

Ao Supervisor da Unidade de Terapia Ocupacional compete:

- Elaborar plano de trabalho anual, definindo prioridades de acordo com os objetivos preestabelecidos pela alçada superior e política vigente na instituição;

- Organizar e acompanhar o desenvolvimento das atividades específicas de sua Unidade, assegurando o cumprimento das diretrizes estabelecidas e propondo soluções para as dificuldades encontradas;

- Organizar e acompanhar por meio de assessoria específica o desenvolvimento das atividades relacionadas a programas de gestão da qualidade;

- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Coordenação

Multidisciplinar;

- Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo alteração das rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;

- Garantir a emissão de relatórios de produção para uso institucional;

- Alocar recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;

- Coordenar e supervisionar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Unidade, distribuindo tarefas de acordo com a demanda;

- Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;

- Coordenar e supervisionar o treinamento de empregados públicos, servidores, funcionários e estagiários;

- Avaliar os resultados do treinamento, propondo reciclagens, aprimoramentos e programas de desenvolvimento para os profissionais psicólogos, visando à atualização de conhecimentos frente às novas demandas (técnicas e/ou administrativas) que surgem, a favor da qualidade dos serviços prestados;

- Elaborar projetos técnico-científicos dentro da Unidade específica de conhecimento, bem como integrado com as demais unidades/divisões, visando ao aprimoramento em sua unidade de atuação;

- Monitorar e realizar avaliações periódicas dos indicadores de processos e de resultados e realizar os ajustes necessários, garantindo a melhoria contínua do atendimento prestado à comunidade, bem como o cumprimento de metas estabelecidas pela Unidade;

- Participar dos projetos de pesquisa, dando suporte técnico e científico;

- Manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com as rotinas estabelecidas;

- Participar de programas de saúde da instituição e da comunidade;

- Analisar e comunicar aos órgãos competentes os problemas de relacionamento dos empregados públicos, servidores e funcionários com os pacientes, nas várias áreas de trabalho;

- Sugerir medidas que visem à melhoria do padrão de atendimento dos pacientes e familiares;

- Estabelecer e observar normas para a utilização da Unidade de Psicologia como campo de ensino;

- Desenvolver atividades de ensino na Unidade, junto a outras estruturas organizacionais;

- Gerenciar o rol de programas de educação continuada, aprimoramento e especialização, seus conteúdos programáticos e carga horária;

- Interagir, providenciar e acompanhar todos os quesitos e solicitações oriundas da Escola de Educação Permanente, bem como da Gerência de Ensino e Pesquisa;

- Responder pelas ações administrativas que garantam a qualidade e a continuidade tanto de ensino quanto das pesquisas em andamento;

- Coordenar e distribuir as ações referentes às atividades dos brinquedistas, tanto na brinquedoteca quanto junto aos leitos;

- Organizar a estrutura funcional da Unidade;

- Estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessária;

- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Do Funcionamento

A Unidade de Terapia Ocupacional subordina-se à Coordenação Multidisciplinar.

Da Unidade de Farmácia Clínica

Das Atribuições

A Área da Farmácia Clínica tem as seguintes atribuições:

- Desenvolver e monitorar os processos da Assistência Farmacêutica Clínica;
- Cumprir Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e os Protocolos Clínicos;
- Promover ações de prevenção e gerenciamento de eventos adversos;
- Gerenciar a demanda de atendimento de pacientes frente aos protocolos de assistência farmacêutica;
- Participar das ações de programação para aquisição de medicamentos e dos materiais médico-hospitalares pertinentes;
- Participar de ações de ensino e pesquisa;
- Elaborar, atualizar e monitorar os protocolos da assistência farmacêutica, notas técnicas, manuais e procedimentos operacionais padrão;
- Identificar, avaliar, notificar e monitorar os eventos adversos e queixas técnicas de Farmacovigilância e Tecnovigilância;
- Realizar ações de gestão físico-financeira da assistência farmacêutica clínica, conforme os protocolos institucionais;
- Viabilizar canal de comunicação direta com o paciente e monitorar

o atendimento das solicitações da Ouvidoria;

- Realizar análise crítica de desempenho frente aos resultados dos indicadores e metas estabelecidas;

- Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Das Competências

Ao Supervisor da Área de Assistência Farmacêutica Clínica compete:

- Coordenar e monitorar a realização dos processos da Assistência Farmacêutica Clínica;

- Monitorar a utilização de medicamentos de acordo com os protocolos clínicos;

- Monitorar a demanda de atendimento dos pacientes frente aos protocolos de assistência farmacêutica;

- Coordenar e manter o funcionamento da Área frente às exigências legais, normas estabelecidas pela Instituição e determinações da Unidade;

- Realizar ações de gestão de pessoas e dos programas de educação permanente, ensino e pesquisa;

- Elaborar, atualizar e monitorar os protocolos da assistência farmacêutica, notas técnicas, manuais e procedimentos operacionais padrão;

- Monitorar a incorporação de novas tecnologias;

- Cumprir e fazer cumprir as normas de uso e conservação de instrumentos, equipamentos e materiais;

- Monitorar o cumprimento dos serviços contratados;

- Monitorar a cobertura de estoque de medicamentos e dos materiais médico-hospitalares pertinentes;

- Participar de Comissões e reuniões técnicas;
- Participar da análise crítica de desempenho frente aos resultados dos indicadores e metas estabelecidas;
- Acompanhar as auditorias internas e externas nas áreas;
- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Do Funcionamento

A Área de Farmácia Clínica subordina-se à Coordenação Multidisciplinar.

A Área da Farmácia Clínica, no cumprimento de suas atribuições, deve:

- Trabalhar de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;
- Realizar o seguimento farmacoterapêutico
- Participar da definição do plano terapêutico dos pacientes;
- Realizar reuniões sistematizadas com a equipe funcional.

Da Área de Nutrição Clínica

Das Atribuições

A Área de Nutrição Clínica tem as seguintes atribuições:

- Prestar assistência nutricional integral a pacientes, adultos e pediátricos, internados e ambulatoriais, por meio de triagem, avaliação e acompanhamento nutricional, consultas individuais, em grupos e/ou em conjunto com a equipe multiprofissional baseados em protocolos preestabelecidos;
- Realizar a prescrição dietética com base nas diretrizes

estabelecidas na prescrição médica, adequando-a de acordo com a avaliação nutricional do paciente;

- Implementar protocolos desenvolvidos pela Unidade e pela equipe multiprofissional em unidade ambulatoriais de acordo com o perfil clínico e a evolução dos pacientes que necessitam de cuidados nutricionais;

- Garantir o registro claro e preciso, em prontuário único do paciente, de todas as informações relacionadas à evolução nutricional frente ao acompanhamento ambulatorial;

- Gerenciar por meio de indicadores a qualidade da terapia nutricional prestada aos pacientes, propondo planos de ações para melhorias;

- Realizar projetos de pesquisa, visando atender aos objetivos da Área, da Unidade, da Instituição;

- Prestar assessoria e consultoria técnica às demais estruturas organizacionais e órgãos externos;

- Atender às solicitações para ministração de aulas, palestras e entrevistas para a mídia em geral previamente autorizadas pela direção;

- Colaborar na formação e desenvolvimento profissional da equipe;

- Participar da execução de programas de ensino;

- Cumprir atribuições relacionadas presente Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Das Competências

Ao Supervisor da Área de Nutrição Clínica compete:

- Definir protocolos de triagem, avaliação e acompanhamento nutricional, específicos para a sua Área em conjunto com o líder da Unidade de Nutrição e Dietética e a Equipe Multiprofissional;

- Acompanhar a prescrição dietética da equipe com base nas diretrizes estabelecidas nos Manuais de Boas Práticas em Nutrição Clínica da Unidade de Nutrição e Dietética;

- Padronizar e gerenciar o uso de indicadores de qualidade específicos em terapia nutricional;

- Promover, por meio de programas de educação continuada, a atualização de conhecimentos técnicos e científicos relacionados à nutrição clínica em cardiologia e pneumologia de sua equipe;

- Estabelecer auditorias periódicas, em conjunto com o Líder da Área de Segurança Alimentar e Líder da Unidade de Nutrição e Dietética, para verificar o cumprimento do programa de terapia nutricional estabelecido para a sua Área, bem como das metas e da satisfação do paciente e do ambulatório especializado;

- Planejar e orientar realização de trabalhos técnico-científicos, específicos de sua equipe ou em conjunto com a equipe multiprofissional e multidisciplinar, visando à melhoria da assistência prestada aos pacientes;

- Orientar residentes dos Programas de Residência da área profissional em Nutrição durante a atuação dos mesmos em suas unidades de internação e ambulatório especializado, se aplicável;

- Colaborar com o Líder da Unidade de Nutrição e Dietética e com o Líder da Área de Segurança Alimentar nos programas de educação para o público em geral, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças cardiovasculares e pulmonares;

- Planejar, coordenar e orientar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Área;

- Participar dos processos seletivos para preenchimento de vagas da Unidade de Nutrição e Dietética;

- Avaliar o desempenho, realizar reuniões periódicas e incentivar o desenvolvimento profissional dos funcionários da Área;

- Providenciar consertos e reposições de equipamentos, utensílios e mobiliários e reparos nas instalações da Área, bem como observar e orientar medidas de segurança no trabalho;

- Monitorar os indicadores de processos e de resultados e propor planos de ações para que a Área atinja as metas estabelecidas pela Unidade;

- Participar da revisão dos manuais de Organização, de Boas Práticas e de Nutrição Clínica da Unidade de Nutrição e Dietética;

- Buscar atualização constante na área científica e tecnológica, bem como nos aspectos relativos à gestão de pessoas e de processos;

- Planejar, orientar e realizar trabalhos técnico-científicos e de pesquisa aplicada à Área;

- Colaborar no planejamento de programas de ensino e supervisão de alunos e profissionais dos programas de estágios, cursos de especialização e de residência para graduandos ou graduados em Nutrição, se aplicável;

- Colaborar na execução de eventos e nas publicações destinadas ao público em geral sobre promoção da saúde e prevenção de doenças;

- Prestar serviços de auditoria, consultoria e de assessoria nas áreas de sua atuação;

- Interagir com os demais líderes de áreas e supervisor de unidade para o bom desenvolvimento dos trabalhos e solução de intercorrências;

- Participar de comissões e grupos de trabalhos relacionados às suas áreas de atuação;

- Elaborar as escalas de trabalho da equipe;

- Planejar e ministrar disciplinas específicas de nutrição clínica dos programas de aprimoramento e residência multiprofissional e

uniprofissional, se aplicável;

- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Do Funcionamento

A Área de Nutrição Clínica subordina-se à Unidade de Nutrição e Dietética da Diretoria de Assistência Multiprofissional.

À Área de Nutrição Clínica, no cumprimento de suas atribuições, deve:

- Prestar assistência nutricional integral e especializada a pacientes adultos e pediátricos;
- Atender a unidades ambulatorial de forma ininterrupta nas 12 (doze) horas do dia, por meio de protocolos preestabelecidos.

Da Área de Odontologia

Das Atribuições

A Área de Odontologia tem as seguintes atribuições:

- Desenvolver e monitorar os processos da Assistência Odontologica;
- Cumprir Protocolos Clinicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e os Protocolos Clínicos;
- Diagnósticar, planejar e executar tratamentos clínicos, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da Ciência e sua dignidade profissional;
- Praticar todos os atos pertinentes a Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação;
- Prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia;

- Atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive, para justificação de faltas ao emprego;

- Aplicar anestesia local e truncular;

- Empregar a analgesia e a hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituírem meios eficazes para o tratamento;

- Prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente;

- Registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;

- Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;

- Realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal;

- Adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção;

- Orientar o usuário e a família quanto à higiene bucal;

- Realizar treinamento com aplicação de técnica de escovação, utilização macromodelos;

- Instruir sobre a dieta saudável, restringindo o consumo de açúcares e alimentos pegajosos;

- Orientar o uso diário de flúor tópico em dentifrícios;

- Adotar técnicas de manejo comportamental no momento do atendimento odontológico, como a técnica do "dizer-mostrar-fazer" e o reforço positivo;

- Atentar-se para cuidados especiais em usuários com condições cardíacas que apresentem uma vulnerabilidade à endocardite infecciosa;

- Marcar as consultas de retorno para exame clínico e reforço da

higiene oral;

- Procedere realização de exames de imagem, se couber.

Das Competências

Ao Supervisor da Área de Odontologia compete:

- Definir protocolos de triagem, avaliação e acompanhamento odontológico;

- Padronizar e gerenciar o uso de indicadores de qualidade específicos em odontológia;

- Promover, por meio de programas de educação continuada, a atualização de conhecimentos técnicos e científicos relacionados odontologia a sua equipe;

- Estabelecer auditorias periódicas, para verificar o cumprimento do programa de assistência odontológica estabelecido para a sua Área, bem como das metas e da satisfação do paciente e do ambulatório especializado;

- Planejar e orientar realização de trabalhos técnico-científicos, específicos de sua equipe ou em conjunto com a equipe multiprofissional e multidisciplinar, visando à melhoria da assistência prestada aos pacientes;

- Orientar residentes dos Programas de Residência da área profissional em Odontológia durante a atuação dos mesmos em suas unidades de internação e ambulatório especializado, se aplicável;

- Planejar, coordenar e orientar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Área;

- Participar dos processos seletivos para preenchimento de vagas da Unidade de Odontologia;

- Avaliar o desempenho, realizar reuniões periódicas e incentivar o desenvolvimento profissional dos funcionários da Área;

- Providenciar consertos e reposições de equipamentos, utensílios e mobiliários e reparos nas instalações da Área, bem como observar e orientar medidas de segurança no trabalho;

- Monitorar os indicadores de processos e de resultados e propor planos de ações para que a Área atinja as metas estabelecidas pela Unidade;

- Buscar atualização constante na área científica e tecnológica, bem como nos aspectos relativos à gestão de pessoas e de processos;

- Planejar, orientar e realizar trabalhos técnico-científicos e de pesquisa aplicada à Área;

- Colaborar no planejamento de programas de ensino e supervisão de alunos e profissionais dos programas de estágios, cursos de especialização e de residência para graduandos ou graduados em Odontolológia, se aplicável;

- Colaborar na execução de eventos e nas publicações destinadas ao público em geral sobre promoção da saúde e prevenção de doenças;

- Participar de comissões e grupos de trabalhos relacionados às suas áreas de atuação;

- Elaborar as escalas de trabalho da equipe;

- Planejar e ministrar disciplinas específicas de odontológia dos programas de aprimoramento e residência multiprofissional e uniprofissional, se aplicável;

- Desenvolver Programas de Atenação em Saúde Bucal, voltada a Saúde Coletiva e Pessoa com Deficiência;

- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Do Funcionamento

A Área de odontologia subordina-se à Coordenação

Multiprofissional.

A Unidade de Odontologia, no cumprimento de suas atribuições, deve:

- Realizar a assistência odontológico nas 12 (doze) horas do dia e/ou conforme agenda, de acordo com procedimentos, rotinas e protocolos previamente estabelecidos;
- Emitir relatórios mensais de produção para elaboração de indicadores de processos, disponibilizando-os internamente para melhoria de processos e externamente às áreas de interesse.

DAS INSTRUIÇÕES E DISPOSIÇÕES GERAIS

- Os atos relativos ao pessoal deverão gerar-se na área de Recursos Humanos, em cumprimento a determinação da Diretoria Geral;
- É obrigatório o registro de "ponto" de todo o pessoal do Ambulatório conforme diretrizes estabelecidas;
- O prontuário médico, bem como qualquer documento ou informação relacionados com a assistência prestada aos pacientes, só poderão ser retirados do ambulatório mediante autorização expressa do Diretor Técnico Assistencial;
- As notícias referentes a fatos ocorridos no âmbito do ambulatório só poderão ser fornecidas para divulgação com autorização do Diretor Geral;

São deveres gerais dos colaboradores da instituição:

- Comparecer ao trabalho trajado adequadamente;
- Usar o crachá nas dependências do ambulatório;
- Tratar a todos com urbanidade;
- Cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais for designado;

- Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;

- Observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela liderança e por lei;

- Comunicar a liderança imediata, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;

- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;

- Acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;

- Participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;

- Compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;

- Participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

- Zelar pelo patrimônio da Instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;

- Manter seus registros funcionais atualizados;

- Guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;

- Submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;

- Observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes a cada vínculo na Instituição.

3.4.3 - Normas para o funcionamento do serviço de administração geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.

INTRODUÇÃO

Este documento objetiva a construção de um conjunto de normas, rotinas e procedimentos, organizados em tópicos de forma padronizada contendo informações e orientações pertinentes a Administração Geral da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

ESTRUTURA



Normas de Trabalho

A Administração Geral tem por finalidade planejar, organizar, controlar, comandar e coordenar um conjunto de atividades administrativas de gerenciamento sobre os setores administrativos e de apoio da unidade, dessa maneira ela se pauta em Normas e diretrizes operacionais para atuar de maneira coerente, continua, transparente e eficaz.

Ela se pauta pelas seguintes normas:

- Seu responsável maior – Gerente Administrativo, deve conhecer profundamente os setores, seus colaboradores e as atividades desenvolvidas em cada um a fim de planejar as ações e

supervisionar todas as atividades dos setores administrativos da unidade;

- O setor deve assegurar a coordenação entre os serviços administrativos e os demais serviços da unidade, assistências e de apoio a assistência;

- O setor deve possuir normas, rotinas de trabalho e Manuais de trabalho que apresentem instruções sobre o funcionamento dos serviços que compõe à Administração Geral;

- As normas, e demais instrumentos de padronização e controle devem ser do conhecimento de toda a equipe e treinamentos devem ser executados durante o ano para atualizar esse conhecimento;

- O setor deve possuir uma escrituração fidedigna que permita ao Gerente Administrativo apresentar mensalmente ao Diretor Médico um relatório das atividades desenvolvidas, seus avanços e seus óbices;

- O setor deve manter registro te todos os fatos administrativos que gerem despesas ao serviço de saúde;

- O departamento Financeiro deve fiscalizar a execução dos recursos financeiros repassados à unidade;

- O Gerente Administrativo deve zelar pela eficácia dos serviços.

ROTINAS OPERACIONAIS GERAIS

- R.ADM.01 – Identificação de pessoas para acesso à unidade;

- R.ADM.02 – Deslocamento periódico;

- R.ADM.03 – Cópias de documentos;

- R.ADM.04 – Condução de veículo;

- R.ADM.05 – Compra de material;

R.ADM.06 – Prestação de contas de suprimento de fundos.

Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa			**Área:** Adm. Geral
Rotina: **Identificação de pessoas p/ acesso à unidade**			**Código:** R.ADM.01
Atividade	**Responsável**	**Impressos**	**Descrição**
Identificação das pessoas	Serviço de Segurança	Livro de ocorrência	Controlar o acesso na unidade, identificando os colaboradores diretos e indiretos, pacientes, acompanhantes, visitante e fornecedores.

Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa			**Área:** Adm. Geral
Rotina: **Deslocamento periódicos**			**Código:** R.ADM.02
Atividade	**Responsável**	**Impressos**	**Descrição**
Rondas periódicas	Serviço de Segurança	Não se aplica	Periodicamente faz ronda pelos corredores da unidade com objetivo de detectar pessoas sem identificações, acompanhar o fluxo dos pacientes e identificar algum problema local; controle de acesso.

Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa			**Área:** Adm. Geral
Rotina: **Cópias de documentos**			**Código:** R.ADM.03
Atividade	**Responsável**	**Impressos**	**Descrição**
Tiragem de	Assistente	Protocolo	Tira cópia de documentos de interesse

cópias	administrativo		da instituição; Registra a numeração quantitativa da máquina; Registra o nome dos documentos, setor e a quantidade solicitada, observando a origem do pedido, que deve ser assinado pelo coordenador da área solicitante.

Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa			**Área:** Adm. Geral
Rotina: **Condução de veículos**			**Código:** R.ADM.04
Atividade	**Responsável**	**Impressos**	**Descrição**
Condução de veículos	Motorista	Não se aplica	Apesar do serviço ser terceirizado, o fiscal de contratos acompanha diariamente o serviço prestado na Unidade. Identificando não conformidades e notificando a empresa prestadora de serviço se necessário.

Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.			**Área:** Adm. Geral
Rotina: **Compra de materiais / medicamentos**			**Código:** R.ADM.05
Atividade	**Responsável**	**Impressos**	**Descrição**
Comprar materiais e medicamentos	Setor de Compras	cotação de preços.	-

Policlínica Estadual da Região do Entorno- Formosa			**Área:** Adm. Geral
Rotina: **Prestação de contas de suprimento de fundos**			**Código:** R.ADM.06
Atividade	**Responsável**	**Impressos**	**Descrição**
Prestação de contas	Analista de Compras	Formulários de suprimentos de fundos	Relacionar todas as notas fiscais de compras de fundo; Enviar ao setor financeiro para aprovação.

As rotinas especificas de cada um dos setores esta apresentada no Manual de Rotinas, nesse documento.

HORÁRIOS DO SETOR

Os serviços vinculados à Administração Geral atuarão sob jornada de trabalho de 44 horas semanais, diarista, com início da jornada as 7h00 e término as 17h00, de segunda à sexta-feira.

EQUIPE MÍNIMA (vínculo de trabalho, carga horária)

Equipe Mínima - Administrativo				
Área de atuação	**Profissionais**	**Cargo**	**Carga horária**	**Vínculo**
Administrativo	1	Gerente Administrativo	44h	CLT
Administrativo	1	Assistente Administrativo	44h	CLT

Administrativo	1	Motorista	44h	CLT
Administrativo	1	Auxiliar Administrativo	44h	CLT
Administrativo	1	Analista Administrativo	44h	CLT
Administrativo	1	Ouvidoria / SAU	44h	CLT
Qualidade	2	Segurança do Paciente	44h	CLT
Farmácia	3	Farmacêutico	44h	CLT
Farmácia	4	Auxiliar de Farmácia	44h	CLT
Almoxarifado	1	Almoxarife	44h	CLT
Almoxarifado	2	Auxiliar Administrativo	44h	CLT
Patrimônio	1	Analista de Administrativo	44h	CLT
Manutenção Predial	1	Coordenador	44h	CLT
Engenharia Clínica	1	Coordenador	44h	CLT
Tecnologia de Informação	1	Coordenador	44h	CLT
Facilities	1	Coordenador	44h	CLT
Faturamento	1	Analista de faturamento	44h	CLT
SAME	1	Auxiliar Administrativo	44h	CLT
RH	1	Gerente de RH	44h	CLT

RH	1	Analista de RH	44h	CLT
RH	1	SESMT	44h	CLT
Gerência Financeira	1	Gerente Financeiro	44h	CLT
Gerência Financeira	1	Comprador	44h	CLT
Gerência Financeira	1	Analista Financeiro	44h	CLT

DESCRIÇÃO DOS CARGOS

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Gerente Administrativo	**2 Subordinação:** Diretoria Médica
3. Área: Administração	**4. Categoria:**
5. Objetivo: Gerenciar as atividades administrativas e sua integração com a área assistencial e serviços de apoio.	
6. Atribuições: • Organizar, coordenar e supervisionar as atividades de apoio assistencial. • Promover o desenvolvimento dos colaboradores incentivando a educação continuada. • Promover a integração com os serviços assistenciais e administrativos da unidade. • Cumprir e fazer cumprir as instruções sobre o funcionamento dos diversos serviços sob sua responsabilidade, emanadas pela Direção Médica. • Elaborar e aprovar a escala de serviço dos diversos serviços integrantes dos setores. • Manter ações conjuntas com outros setores do serviço de saúde respeitando as normas e rotinas instituídas.	

• Apresentar mensalmente à Direção Médica, relatório pormenorizado das atividades dos setores sob seu gerenciamento. • Convocar e presidir reuniões dos serviços e atividades sob sua responsabilidade • Determinar e desenvolver rotinas, normas de procedimentos e manuais operacionais para todos os serviços sob sua responsabilidade, exigindo e zelando pelo seu cumprimento. • Colaborar com a equipe de saúde que atua na unidade. • Colaborar nos programas de prevenção de doenças e promoção da saúde. • Manter controle dos materiais e equipamentos utilizados no âmbito dos serviços administrativos. • Colaborar ativamente com a CIPA. • Exercer outras atribuições que lhe são compatíveis. • Zelar pela eficácia dos serviços sob sua responsabilidade.
7. Escolaridade Necessária: Graduação em curso superior e experiência em administração hospitalar
8. Experiência Necessária: Mínimo de 2 anos em função similar.

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Assistente Administrativo	**2. Subordinação: Gerência Administrativa**
3. Área: Administração Geral	**4. Categoria:**
5. Objetivo: Gerenciar o processo de tiragem de cópia de documentos dos diversos setores da unidade de saúde.	
6. Atribuições: • Zelar pelo equipamento de trabalho. • Registrar no livro ata, quantidade de cópias realizadas por setor, por dia.	

• Atender a demanda dos serviços de cópias de documentos.
7. Escolaridade Necessária: 2º grau completo
8. Experiência Necessária: Não se aplica.

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Motorista	**2. Subordinação: Gerente Administrativo**
3. Área: Administração Geral	**4. Categoria:**
5. Objetivo: Conduzir veículos automotor para atender a demanda dos diversos setores da unidade de saúde, inclusive pacientes para exames externos.	
6. Atribuições: • Distribuir correspondências externas da unidade de saúde. • Remover pacientes que necessitem de exames externos. • Atender a demanda dos setores, principalmente os provenientes do setor de serviço social. • Inspecionar diariamente as condições do veículo, zelando pelo mesmo.	
7. Escolaridade Necessária: 2º grau completo	
8. Experiência Necessária: Apresentar CNH categoria "B" profissional.	

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Analista Financeiro	**2. Subordinação:** Departamento Financeiro
3. Área: Administração Geral	**4. Categoria:**
5. Objetivo: Assessorar a Direção nos assuntos financeiros	
6. Atribuições:	

• Realizar o planejamento de toda a rotina financeira. • Acompanhar recebimentos 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 processamento de contas a pagar e a receber. • Ser responsável pela prestação de contas do "Provimento de Fundos" da unidade.
7. Escolaridade Necessária: 2º grau completo
8. Experiência Necessária: 2 anos de experiência anterior na função

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Analista de RH	**2. Subordinação:** Departamento de RH
3. Área: Administração Geral	**4. Categoria:**
5. Objetivo: Ser o profissional responsável por orientar a unidade de saúde e auxiliá-la nos assuntos referente à gestão de pessoas, analisar os de alterações de cargos, promoções, transferências, demissões e outros tipos de movimentação de pessoal, observando as normas e procedimentos aplicáveis, visando contribuir para a tomada de decisões nesses assuntos.	
6. Atribuições: • Recrutamento e seleção de candidatos. • Fechamento da folha de pagamento e da folha de ponto. • Desenvolvimento de pesquisas sobre a satisfação dos empregados. • Revisão e análise de planos de cargo e salários. • Realiza entrevistas de admissão, acompanhamento e desligamento de funcionários.	

• Elaborar gráficos gerenciais. • Elaborar anúncios de recrutamento para ser divulgado em meios de comunicação. • Realizar controle de férias, banco de horas e licenças diversas.
7. Escolaridade Necessária: 2º grau completo
8. Experiência Necessária: 2 anos de experiência anterior à função

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Assistente de compras	**2. Subordinação:** Departamento Financeiro
3. Área: Administração Geral	**4. Categoria:**

5. Objetivo:

Profissional responsável por prestar apoio em tarefas operacionais da área de compras, como: colocação de pedidos e preenchimento de relatórios, prestar suporte ao gestor nos processos de desenvolvimento de produto e gestão do negócio.

6. Atribuições:

- Realizar tarefas referentes ao suporte administrativo nos processos de compras dos diversos materiais utilizados na unidade de saúde.
- 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 na unidade de saúde.
- Cadastrar fornecedores e produtos.

• Lançar notas de compra no sistema. • Emitir ordens de produção e baixa das mesmas via sistema. • Atuar com lançamentos de suprimentos em geral, elaborar as planilhas e cotações, emissão dos pedidos de compras, acompanhamento do processo de entregas acompanhamento dos pedidos, cadastro de novos fornecedores para consultas e cotações. • Formalizar compras com fornecedores contratados.
7. Escolaridade Necessária: 2º grau completo
8. Experiência Necessária: 2 anos de experiência anterior à função

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Técnico em Segurança do trabalho	**2. Subordinação: Departamento de RH**
3. Área: Administração Geral	**4. Categoria:**
5. Objetivo: Profissional responsável por prestar apoio em tarefas operacionais da área de Segurança do Trabalho em observância a legislação sobre o Tema na unidade de saúde.	
• **6. Atribuições:** • Promover inspeções nos locais de trabalho, identificando condições perigosas, tomando todas as providências necessárias para eliminar as situações de riscos, bem como treinar e conscientizar os funcionários quanto a atitudes de segurança no trabalho. • Preparar programas de treinamento sobre segurança do trabalho, incluindo programas de conscientização e divulgação de normas de segurança, visando ao desenvolvimento de uma atitude preventiva nos funcionários quanto à segurança do trabalho.	

- Determinar a utilização pelo trabalhador dos equipamentos de proteção individual (EPI), bem como indicar e inspecionar equipamentos de proteção contra incêndio, quando as condições assim o exigirem, visando à redução dos riscos à segurança e integridade física do trabalhador.
- Colaborar nos projetos de modificações prediais ou novas instalações da empresa, visando a criação de condições mais seguras no trabalho.
- Pesquisar e analisar as causas de doenças ocupacionais e as condições ambientais em que ocorreram, tomando as providências exigidas em lei, visando evitar sua reincidência, bem como corrigir as condições insalubres causadoras dessas doenças.
- Promover campanhas, palestras e outras formas de treinamento com o objetivo de divulgar as normas de segurança e higiene do trabalho, bem como para informar e conscientizar o trabalhador sobre atividades insalubres, perigosas e penosas, fazendo o acompanhamento e avaliação das atividades de treinamento e divulgação.
- Supervisionar os serviços de cantina, vigilância e portaria, visando garantir o bom atendimento ao público interno e visitantes.
- Distribuir os equipamentos de proteção individual (EPI), bem como indicar e inspecionar equipamentos de proteção contra incêndio, quando as condições assim o exigirem, visando à redução dos riscos à segurança e integridade física do trabalhador.
- Colaborar com a CIPA em seus programas, estudando suas observações e proposições, visando a adotar soluções corretivas e preventivas de acidentes do trabalho.
- Levantar e estudar estatísticas de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho, analisando suas causas e gravidade, visando a adoção de medidas preventivas.
- Elaborar planos para controlar efeitos de catástrofes, criando as condições para combate a incêndios e salvamento de vítimas de qualquer tipo de acidente.
- Preparar programas de treinamento, admissional e de rotina, sobre segurança do trabalho, incluindo programas de conscientização e divulgação de normas e procedimentos de segurança, visando ao desenvolvimento de uma atitude preventiva nos funcionários quanto à segurança do trabalho.
- Prestar apoio à SIPAT, organizando as atividades e recursos necessários.

• Avaliar os casos de acidente do trabalho, acompanhando o acidentado para recebimento de atendimento médico adequado. • Realizar inspeções nos locais de trabalho, identificando condições perigosas, tomando todas as providências necessárias para eliminar as situações de riscos, bem como treinar e conscientizar os funcionários quanto a atitudes de segurança no trabalho.
7. Escolaridade Necessária: 2º grau completo
8. Experiência Necessária: 1 ano no setor

DESCRIÇÃO DE CARGO	
1. Cargo: Almoxarife	**2.Subordinação:** RT de Farmácia
3. Área: Almoxarifado	**4. Categoria:**
5. Objetivo: Supervisionar, coordenar e orientar a recepção, conferência, armazenagem, conservação e distribuição dos materiais do Serviço de saúde.	
• **6. Atribuições:** • Orientar e coordenar as atividades do almoxarifado, fiscalizando o pessoal que lhe é subordinado, zelando pela eficiência nas tarefas desenvolvidas. • Certificar-se de que os materiais recebidos estão de acordo com os pedidos de compra, tanto em qualidade como em quantidade. • Verificar se as notas fiscais e outros documentos que acompanham as mercadorias estão preenchidos corretamente e correspondem à mercadoria entregue e às datas constantes no pedido de compra. • Zelar pela ordem dos arquivos de documentos e de fias de estoques mantendo-as constantemente atualizadas. • Controlar os estoques mínimos e providenciar para que a reposição das mercadorias ocorra em tempo hábil.	

- Verificar, periodicamente, se os materiais constantes nas prateleiras conferem com os anotados nas fias de controle.
- Acompanhar os inventários físicos e financeiros participando ativamente nos levantamentos efetuados para efeitos de balanços e auditorias.
- Providenciar para que os materiais sejam mantidos em boas condições de conservação.
- Impedir a entrada ou presença de pessoas estranhas nas dependências do almoxarifado.
- Zelar, pelo cumprimento das normas estabelecidas pela Comissão de Prevenção e Combate ao Incêndio, no armazenamento de materiais inflamáveis e materiais corrosivos.
- Zelar pela conservação e guarda de gêneros perecíveis.
- Distribuir tarefas para auxiliares e assegurar sua boa execução.
- Emitir relatórios periódicos e estatísticos das atividades desenvolvidas.
- Cumprir e fazer cumprir normas e regulamentos da unidade de saúde.
- Executar outras tarefas afins a critério da chefia imediata.

7. Escolaridade Necessária: 2º Grau

8. Experiência Necessária:

DESCRIÇÃO DOS CARGO	
1. Cargo: Farmacêutico	**2.Subordinação:** Gerente Administrativo
3. Área: Farmácia	**4. Categoria:**

5. Objetivo:

Coordenar todas as atividades inerentes ao Setor da Farmácia

6. Atribuições:

Planejar, organizar e dirigir os serviços sob sua responsabilidade.

- Fazer cumprir as normas e regulamentos da unidade de saúde.
- Promover a manutenção do estoque e guardar em perfeita ordem de armazenamento, conservação, registro e prazo de validade dos medicamentos e materiais.
- Receber os medicamentos e materiais do Setor de Assistência Farmacêutica/ e/ou fornecedores, providenciando a conferência das quantidades e espécies recebidas com os documentos de entrega e com a 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.
- Receber solicitação de compras de todos os setores da unidade de saúde e elaborar uma solicitação geral de compras.
- Proceder ao controle de psicotrópicos, registrando-os em livro próprio, na forma da legislação vigente.
- Proceder ao controle de entrada e saída de medicamentos e materiais.
- Responsabilizar-se mensalmente pelos balancetes de entrada e saída de medicamentos.
- Apresentar mensalmente à Gerência Administrativa, relatório pormenorizado das atividades do serviço.
- Participar da comissão de elaboração do catálogo de materiais e de padronização de medicamentos
- Exercer outras atribuições que lhe são compatíveis.
- Zelar pela eficácia dos serviços sob sua responsabilidade.

7. Escolaridade Necessária: Superior em Farmácia

8. Experiência Necessária: Mínimo de 2 anos em função similar

DESCRIÇÃO DOS CARGO	
1. Cargo: Facilities	**2.Subordinação:** Gerência Administrativa
3. Área: Manutenção	**4. Categoria:**
5. Objetivo: Planejar, coordenar e supervisionar as atividades desenvolvidas no setor de manutenção.	
6. Atribuições: • Planejar, organizar e dirigir os serviços sob sua responsabilidade. • Fazer cumprir as normas e regulamentos da unidade de saúde. • Supervisionar as atividades e avaliar o desempenho de seus subordinados. • Cumprir nos prazos estabelecidos pelo Gerente Administrativo. • Normatizar, organizar e priorizar as solicitações de manutenção, tendo em vista o bom andamento dos serviços do serviço de saúde. • Proceder a manutenção do prédio do serviço de saúde, mantendo-o constantemente arejado, livre de vazamentos e ligações elétricas mal executadas mantidos os padrões máximos das normas. • Manter estreito relacionamento com o Serviço de Manutenção terceirizada, tendo em vista a agilização do atendimento às solicitações internas. • Manter entendimentos com outros setores tendo em vista o seu funcionamento adequado. • Apresentar mensalmente à Gerência Administrativa relatório pormenorizado das atividades do serviço. • Exercer outras atribuições que lhe são compatíveis. • Zelar pela eficácia dos serviços sob sua responsabilidade.	
7. Escolaridade Necessária: Superior em engenharia	
8. Experiência Necessária: Mínimo de 1 ano em função similar.	

3.4.4 - Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de insumos, materiais e medicamentos

AQUISIÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

As aquisições serão realizadas pelo setor de Compras as quais ocorrerão em sistema padronizado pela IMED, não permitindo outro meio. Para a realização do processo de compras será necessário, no mínimo, três cotações com fornecedores diferentes. As compras devem ser feitas atendendo aos melhores preços, qualidade e prazo de entrega.

O processo de aquisição de medicamentos e materiais é dividido em duas etapas de compra mensal e compra quinzenal. Essa metodologia foi instituída a fim de evitais quaisquer desabastecimentos de insumos na unidade e acompanhamento de comportamento de insumo com o objetivo de evitar compra de grandes volumes mensalmente de itens de baixo giro e que, consequentemente, geram perdas. Isto fomenta gestão eficiente do estoque. Na compra mensal é adquirida um quantitativo de insumos para cobertura de 40 a 45 dias. Já na compra quinzenal os insumos são para cobertura de 30 a 35 dias.

Para realização do processo de compras primeiramente será realizado o levantamento do consumo e estoque diário da unidade por meio de sistema informatizado de gestão operacional da Policlínica pelo setor de Compras. Os dados referentes a esse levantamento deverão ser imputados na planilha "Consumo da Unidade". Na planilha "Consumo da Unidade" os cálculos são automáticos, contando com regressão linear e médias aritméticas para chegar na quantidade de compra alinhada à demanda da Policlínica. Serão estabelecidos os planejamentos de compras mensais e quinzenais da Policlínica com base no histórico de consumo, visando evitar desperdícios no processo aquisitivo.

Antes de efetuar o processo de compras o responsável de suprimentos da Policlínica fará a validação da planilha de planejamento pedidos de compras e dará feedback ao setor de Compras. Após isto será confeccionado o templates de compras com as quantidades planejadas da Policlínica e enviada a solicitação de compras na plataforma padronizada na instituição. As aprovações de compras devem obedecer aos limites de alçada definidos pela Diretoria e estarem adequadas aos valores das compras parametrizadas em sistema. As reposições só devem ser realizadas com base no consumo, importância do item e tempo de ressuprimento.

NORMAS PARA RECEBIMENTO

Recebimento de Insumos e Medicamentos

A entrega deverá ser realizada de acordo com a programação estabelecida pelo Setor de Compras em conjunto com o Fornecedor, respeitando os horários de funcionamento dos locais de recebimento na Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa. A entrega dos produtos deve ser efetuada nos seguintes horários:

SETOR DO RECEBIMENTO	PERÍODO DA SEMANA	HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO
Almoxarifado	Segunda a Quinta-Feira	07h00 às 16h30
	Sexta feira	07h00 às 15h30
Farmácia Ambulatorial	Segunda a Quinta-Feira	07h00 às 16h30
	Sexta feira	07h00 às 15h30

No recebimento deve -se conferir minuciosamente a qualidade total da mercadoria com a NF do fornecedor e se os produtos recebidos (descrição, lote, validade) são iguais ao da Nota Fiscal, observando também bom estado de conservação (identificação, integridade, segurança). Caso o produto vier com condição das embalagens com sinais de violação dos volumes, entrar contado com departamento de compras, para o mesmo contactar o fornecedor para decidir qual o procedimento será adotado, devolução total da nota ou parcial. Medicamentos ou materiais com avaria ou embalagens violadas não deverão ser recebidos.

Caso todos os critérios utilizados estiverem em conformidade, deve-se prosseguir com o recebimento. O responsável pelo recebimento deve atestar a Nota Fiscal com o carimbo de recebimento de mercadoria, onde ele deverá assinar e preencher o dia do recebimento, preencher o checklist de recebimento de mercadoria e dispensar o entregador. Após o recebimento a Nota Fiscal deve ser lançada em sistema informatizado, pela equipe do almoxarifado.

Avaliação / Inspeção de Recebimento de insumos

Compreende as fases de entrada dos materiais, conferência quantitativa; conferência qualitativa. O recebedor deverá conferir o pedido de compra, onde então, se inicia a conferência dos itens recebidos a fim de confrontar os dados contidos na nota fiscal com os dados do pedido de compra. No ato do recebimento deverão ser avaliados os seguintes dados:

- A entrega foi realizada no prazo estabelecido?;
- A entrega foi realizada em veículo adequado (perfeito estado de conservação, limpos e com a documentação atualizada)?;
- O entregador estava adequadamente trajado?;
- A Nota Fiscal está com os dados corretos (CNPJ, local de entrega e Ordem de Compra)?;
- Os produtos entregues estão de acordo com a Ordem de Compra (suas quantidades, preços e especificações do produto)?;
- Existem inadequações nas embalagens (embalagem violada, com rasuras, informações ilegíveis, com sujidade, sem informações técnicas necessárias para utilização do produto, entre outros)?;
- Existe lote e validade dos produtos em acordo com Nota Fiscal e dentro de prazo hábil para consumo?;
- As temperaturas dos produtos termolábeis estão adequadas (Refrigerador: 2° a 8°C/ Câmara Fria: 2° a 8°C/ Temperatura Ambiente: 15° a 30°C)?;
- Notas fiscais estão em bom estado de conservação? Sem sujidades, rasuras, rasgos?.

O checklist deve ser aplicado durante o recebimento da mercadoria e, em caso de identificação de produtos não conformes, é necessário comunicar ao Setor de Compras e Suprimentos, que tomará as devidas providências para a devolução total e/ou parcial do item.

Visita Técnica aos Fornecedores Locais

As visitas técnicas aos fornecedores têm como objetivo garantir a qualidade do produto oferecido e devem ser realizadas por uma equipe técnica especifica para o tipo de produto/fornecedor que se deseja avaliar. Deverá ser realizado mediante comprovação do cumprimento dos requisitos através de informações, documentos exigidos e observação de práticas junto ao fornecedor.

As visitas técnicas serão realizadas de acordo com a classificação de criticidade, conforme a tabela a seguir:

TIPO	PERIODICIDADE	PROCEDIMENTO
Criticos	Visitas Anuais	Fornecedores de suprimentos vitais que impactam diretamente no prognóstico e segurança do paciente.
Semicriticos	Visitas a cada 2 anos	Fornecedores de produtos e serviços que impactam indiretamente na assistência, sem prejuizo ao paciente.
Não-criticos	De acordo com gestor da área	Fornecedores de produtos e serviços que não impactam no prognóstico do paciente, podendo ser substituido sem prejuizo para Instituição.

As visitas técnicas serão realizadas por profissionais da equipe técnica de cada área, acompanhados, sempre que necessário, de membro do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS). Recomenda-se também a participação de um membro do Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT) ou Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho e Assédio (CIPAA).

A visita técnica será norteada por checklist especifico, de acordo com o tipo de fornecimento prestado. Os itens avaliados serão classificados como 'Conforme', 'Não-conforme' ou 'Não aplicável'. A partir do percentual atingido no número de conformidades, os fornecedores são qualificados. Após a avaliação é necessário enviar para o fornecedor o relatório de avaliação constando os itens com necessidade de estabelecimento de plano de ação para adequação

das não conformidades.

RESULTADO	PONTUAÇÃO	PLANO DE AÇÃO
Qualificado	Mais de 75%	Visitar após 01 ano
Sob avaliação	Entre 75% e 25%	Definir período de adequação dos itens não conforme. Agendar nova visita para o período máximo de 06 meses
Não qualificado	Menos de 25%	Bloquear fornecedor Impossibilitada comercialização até agendamento de nova visita

Todas as não conformidades deverão ser tratadas através de plano de ação a ser apresentado a diretoria e monitorado pelo setor de responsabilidade de cada insumo, juntamente com o setor de compras. O fornecedor deve ser informado o resultado da avaliação e, se necessário, a necessidade de realização de plano de ação, sendo os prazos acordados entre o fornecedor e a instituição.

Normas para Armazenamento dos Insumos

O armazenamento dos insumos (materiais e medicamentos) será realizado no almoxarifado, farmácia ambulatorial e Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). É premissa básica para o armazenamento dos insumos a observância e cumprimento dos requisitos abaixo:

- 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 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 ser fechado e possuir rotina de dedetização a fim de evitar a entrada de roedores, insetos e outros animais;

- Deve possuir controle de temperatura ambiente e umidade relativa do ar com plano de ação, no caso de oscilações;

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 do CEAF);

- Deve possuir espaço racional para o fluxo de pessoas e materiais;

- Deve possuir um método de estocagem, preferencialmente em ordem cronológica (método PVPS - o primeiro que vence no estoque é o primeiro a sair);

- Deve possuir sistemática para o monitoramento das validades de medicamentos e insumos;

- Centralizar todo 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 consequentemente minimiza o índice de perdas.

MEDICAMENTOS DO CEAF

Aquisição, Recebimento e Armazenamento

As medicações do CEAF devem ser solicitadas ao almoxarifado do Juarez Barbosa, através de planilha no Excel, em um quantitativo, suficiente, para um estoque de 30 dias. O farmacêutico deve recepcionar o colaborador do CEMAC-Juarez Barbosa no setor de recebimento, almoxarifado, e conferir a lista com guia de movimentação de todas as medicações que serão entregues.

Ao receber os medicamentos devera conferir lote, validade, quantidade no guia de movimentação, transferidos do almoxarifado.

Os medicamentos deverão ser armazenados em prateleiras, bins, pallets ou refrigeradores (em caso de termolábeis), seguindo as determinações da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 430/2020, controlando a incidência de luz e temperatura. Os mesmos devem ser armazenados com o rótulo voltado para frente e em ordem alfabética para facilitar a identificação do produto.

Deve ser restringido o acesso de pessoas no local de armazenamento.

Normas para Dispensação de Medicamentos

As medicações da Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa serão dispensadas mediante apresentação de prescrição médica no número de atendimento do paciente no sistema informatizado utilizado na unidade. A equipe da farmácia deverá atender a prescrição e dar saída no sistema informatizado com rastreabilidade de lote e validade. Deve-se fazer a avaliação farmacêutica para uma dispensação segura e eficaz para minimizar os riscos para o paciente.

Os medicamentos do CEAF só deverão ser dispensados após a movimentação dos mesmos no Sistema de Dispensação de Medicamento do Componente Especializado – SDME. Da dispensação: O paciente, autorizador ou representante legal, deve ser acolhido. Após acolhimento verificar os itens descrito abaixo:

- O processo e protocolo do paciente;
- A receita: simples, de controle especial, Notificação de Receita A ou Notificação de Receita B, lembrando que todo medicamento deve estar prescrito obedecendo à DCB, de acordo com a Lei nº. 9787, de 10/02/1999,
- Verificar o Laudo de Exame e demais documentos que forem necessários, para a dispensação do medicamento
- Analisar a cópia da Declaração Cadastral carimbada e acompanhada de uma cópia de documento de identificação do(s) representante(s) do paciente carimbada. São habilitados a autorizar o representante: paciente maior de idade, paciente maior de idade incapaz de assinar pode solicitar assinatura a rogo, pais do paciente menor de idade, representante legal (Portador de Curatela, Tutela, Guarda Provisória, Termo de Guarda, Procuração Substabelecida);

- Analisar a Procuração com firma reconhecida em cartório ou Declaração Cadastral autorizada, por meio de firma reconhecida em cartório ou assinada na presença de servidor da unidade. Acompanhada de uma cópia da Declaração Cadastral ou Procuração, duas cópias do documento de identificação e uma cópia de comprovante de endereço com CEP, do(s) representante(s) legal do paciente;

- Verificar no protocolo do paciente, a presença de assinatura válida no carimbo e a presença de documento de identificação comprobatório;

- Verificar no protocolo do paciente, a presença de assinatura válida e a presença de documento de identificação comprobatório;

- A assinatura é válida quando for assinado e com a presença dos seguintes documentos: Paciente maior de idade; Pai ou Mãe: duas cópias do Documento de Identificação Oficial com foto; Irmãos e Filhos: duas cópias do documento de identificação oficial com foto; esposo (a): duas cópias da Certidão de Casamento ou Documento de União Estável, mais duas cópias do Documento de Identificação Oficial com foto; Representante Legal: duas cópias da Curatela ou Guarda Provisória ou Termo de Guarda ou Tutela, mais duas cópias do Documento de Identificação Oficial com foto; a rogo de assinatura na Declaração Cadastral: duas cópias do Documento de Identificação Oficial com foto

- Dispensar e reter a Receita de Controle Especial, Notificação de Receita A, Notificação de Receita B, ou Notificação de Receita Especial Retinóides, para medicamentos de Controle Especial, conforme Portaria nº 344, de 12/05/1998, da ANVISA, e suas atualizações;

- Analisar laudos de exames, quantidade máxima e demais particularidades da dispensação;

- Verificar a autorização e vigência do protocolo para dispensação ou não do medicamento, no sistema SDME: Clicar na aba "Farmácia", selecionar "Dispensação de medicamentos". Digitar o número do "Processo" e dar "enter". Selecionar o número de "Protocolo". Digitar a "Data da dispensação". Selecionar o turno: "Matutino" ou "Vespertino". Selecionar o local: "Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa/GO". Clicar em "Confirma";

- Conferir se necessário as informações dos ícones: "Histórico de dispensação", "Ficha de avaliação", "LME pré-preenchida", "LME autorizada", "Exames" e "Cartas emitidas";

- Imprimir e entregar ao paciente ou ao representante do paciente, caso haja "Cartas emitidas";

- Verificar e analisar as informações dos ícones: "Ficha de avaliação", "Exames" e "Cartas emitidas"; caso apareça algum dos alertas: Não existe LME autorizada para esse protocolo ou Data da movimentação fora da validade da LME!

- Conferir a ficha de avaliação e suas respectivas observações relacionadas ao deferimento do medicamento a ser dispensado. Verificar validade do faturamento da APAC; encaminhar pendência do protocolo ao paciente ou representante do paciente para resolver;

- Selecionar o nome do medicamento;

- Digitar a quantidade;

- Selecionar o mês: "1º", "2º" ou "3º"; Conferir: "Dias Prox. Dispensação". Caso seja menos ou mais de 30 dias, alterar a quantidade de dias; Conferir: "Data Prox. Dispensação". Caso seja necessário alterar a data;

- Clicar em "Incluir";

- Caso haja solicitação de mais de um medicamento, proceder igual aos itens anteriores novamente;

- Clicar em "inclui" após efetuar todas as etapas;

- Clicar em "imprime".

Para incluir medicamento não cadastrado e que tenha deferimento o gestor seguirá o segui o processo abaixo:

- Clicar em "Validação de Processo" > Selecionar "Autorização" > "Cadastra LME";

- Digitar o número do processo, selecionar o protocolo;

- Digitar o nome do medicamento a ser incluso, a quantidade autorizada para cada mês, o CID (Código Internacional de Doenças) correspondente, escolha a opção "APAC" ou "NÃO APAC", o motivo da autorização, adicionar e gravar. Então, o medicamento ficará cadastrado no LME;

- Caso necessário corrigir ou deletar a baixa de medicamento, clicar em "Almoxarifado" > "Cancelamento de Movimentação";

- Digitar o número do processo, e se necessário, o nome do medicamento, a data inicial e final, o turno, o local da movimentação, motivo;

- Clicar em "Buscar", clicar na movimentação e visualizar;

- Selecionar a movimentação a ser corrigida ou deletada e preencher no campo da observação o motivo para tal;

- Clicar em "Cancela itens";

- Imprimir o RME, assinar e solicitar que o representante legal ou o próprio paciente assine, conforme documento de identificação com foto.

No ato de dispensação o profissional responsável deverá atentar-se as etapas administrativas abaixo:

- Carimbar o protocolo do paciente no local adequado e fazer as anotações necessárias;

- Verificar a data do agendamento no protocolo com a data da dispensação. No caso de serem iguais, coloque "OK" sobre a mesma. Caso seja diferente, anotar a data da dispensação e colocar "OK" ou ATENDIDO;

- Realizar este procedimento no protocolo no primeiro, segundo e terceiro mês de vigência da APAC.

- Agendar a data de retorno para o segundo mês e carimbar o protocolo, se a dispensação for para o primeiro mês de vigência da APAC;

- Agendar a data de retorno para o terceiro mês e carimbar o protocolo se a dispensação for para o segundo mês de vigência da APAC; se a dispensação for para o terceiro mês de vigência da APAC, carimbar "Renovar até ___/___/___. Data provável da entrega do Medicamento ___/___/___" e acrescente as datas (dia, mês, ano);

- Caso não haja dispensação por falta do medicamento, anote próximo à data da dispensação o nome do medicamento em falta e ao lado a palavra "Falta". Caso seja só um medicamento no protocolo, não é necessário escrever o nome do medicamento;

- Caso seja dispensando para período menor que o autorizado, anotar o nome do medicamento e o número de dias que foram dispensados;

- Conferir nome do medicamento e lote ao dispensar;

- Fazer outras anotações que se fizerem necessárias como: trazer LME, receita, exames, autorização para pegar o medicamento, caixa térmica com gelo etc;

- Anexar RME via paciente ao respectivo protocolo e devolver ao paciente ou representante;

- Solicitar ao representante legal do paciente, no caso de medicamento termolábil, caixa de isopor ou térmica em tamanho adequado, termômetro e quantidade de gelo ou gelo reutilizável suficiente para a correta armazenagem do medicamento durante o transporte;

- Fazer o balanço no final do turno matutino e vespertino;

- Guardar os Mapas de Movimentação de Medicamento de cada turno por ordem cronológica na pasta "Balanço Diário – Setor Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa/GO", por até dois meses;

- Cadastrar o(s) autorizado(s) no sistema SDME seguindo os passos: clicar na aba "Renovação" > selecionar "Renova Protocolo" > digitar o número do "Processo" e dar "enter" > selecionar a aba "Autorizados" > clicar no ícone "Pesquisar Pessoa" > digitar o nome ou CPF ou Cartão SUS ou data de Nascimento ou nome da mãe > clicar em "Busca". Buscar a pessoa e verificar se já tem cadastro. Caso seja cadastrada clicar no ícone referente a pessoa, conferir os dados > clicar em "Selecionar esse e fechar". Caso a mesma não tenha cadastro, clicar em "Novo" e digitar todos os dados necessários > clicar em "Incluir";

- Selecionar o "Tipo da Autorização". Digitar a "Validade". Clicar em "Incluir Autorizado".

Declaração Cadastral terá validade estipulada pelo paciente ou enquanto durar o tratamento, quando assinada por paciente maior de idade ou representante legal. Ou até o paciente completar a maioridade (18 anos). A Procuração só tem prazo de validade, se constar no texto e/ou enquanto durar o tratamento;

Guardar os RME no setor em armário específico, separados por data;

No caso de quebra, perda, transferência e outros motivos que não seja dispensação por RME ou Receita informem a coordenação de dispensação CEMAC-JB, para que sejam tomadas as providências necessárias para acerto de estoque no sistema SDME.

Normas para Distribuição de Materiais

Condições de implementação:

- Estabelecer um registro dos usuários, significa saber quem pode solicitar o material, como contatar o usuário, tempo para se efetuar a solicitação para farmácia da Policlínica Estadual da Região do Entorno-Formosa;

- Fazer um cadastro dos itens que podem ser consumidos pelo usuário. Cada usuário, tendo em vista o seu papel na organização, possuirá um elenco de produtos que poderá solicitar. A comissão de normalização (que especificará os produtos) poderá colaborar ou mesmo definir quem pode pedir o quê. Assim como a normalização, o cadastro deve ser revisto periodicamente e atualizado com inserções e exclusões sempre que necessário;

- Definir as quantidades de cada item a serem concedidas ao usuário, inicialmente de acordo com a previsão. Fazer o monitoramento e as correções, conforme as solicitações;

- A auditoria nas áreas dos usuários, com apoio da direção da organização, deve ser feita periodicamente buscando verificar se está existindo armazenamento e acúmulo de grandes quantidades de materiais nos locais de consumo. Para isso deverá estabelecer um sistema de atendimento às emergências para que o usuário possa confiar no sistema, diminuindo-se com isso a formação de estoques nestas áreas;

- Difundir entre os usuários a prática de utilizar o material e reduzir ao mínimo possível o tempo despendido com as ações relacionadas à administração de estoques periféricos e distribuição de produtos.

Inventário

A contagem periódica dos itens da farmácia, almoxarifado e CAF da Policlínica é utilizada para realizar os ajustes necessários no estoque físico e virtual ao longo dos

meses e minimizar as inconsistências ao longo do ano. Isto permite a gestão eficiente do estoque com vista a reduzir perdas de insumos por vencimento e garantia da acuracidade dos dados.

O inventário rotativo deverá ser realizado mensalmente para 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 Policlínica. Caso haja divergências entre os dados registrados com as informações referentes à contagem física dos materiais, será necessário analisar e definir um plano de ação para reduzir as divergências.

Descarte/Devolução

A **Lei Nº 12.305, de 2 de agosto de 2010,** institui a política nacional de resíduos sólido e define a "Logística reversa" *como um instrumento de desenvolvimento econômico e social caracterizado por um conjunto de ações, procedimentos e meios destinados a viabilizar a coleta e a restituição dos resíduos sólidos ao setor empresarial, para reaproveitamento, em seu ciclo ou em outros ciclos produtivos, ou outra destinação final ambientalmente adequada*.

Assim, o descarte de materiais/insumos médicos é parte integrante dos processos de logística de uma unidade de saúde. É a partir do descarte correto que o serviço de saúde tem a garantia de que o material não utilizado seja este por vencimento ou por perda de efetividade técnica tem seu correto destino final.

A perda por vencimento de prazo de validade deve ser evitada por se tratar de recursos públicos, gerando desperdício. O descarte, por outros motivos justificados, deve seguir as orientações do fabricante e dos órgãos públicos responsáveis por estas questões, considerando a proteção ambiental.

Os produtos farmacêuticos (medicamentos vencidos, contaminados, interditados ou não utilizados) são resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido às suas características químicas. Desta forma, devem seguir as determinações e orientações das RDC nº 306/2004 – ANVISA e RDC nº 222/2018 – ANVISA, RDCs que regulamentam o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, envolvendo orientações sobre o descarte correto.

Segundo a RDC nº 222/2018, os medicamentos estão enquadrados no Grupo B. Toda instituição de saúde deve estabelecer um sistema de gerenciamento de

resíduos para, entre outros, submeter os resíduos do Grupo B da Instrução do CONAMA ao tratamento e à disposição final específica, segundo exigências do órgão ambiental competente. Para tanto deve ser consultada a norma da ABNT NBR 12.808/93 que trata dos resíduos de serviços de saúde.

Um sistema de gerenciamento de resíduos deve abordar, no mínimo, os seguintes itens:

- Identificação dos resíduos produzidos e seus efeitos na saúde e no ambiente;
- Levantamento sobre o sistema e disposição final para os resíduos;
- Estabelecimento de uma classificação dos resíduos segundo uma tipologia clara, que seja conhecida por todos;
- Estabelecimento de normas e responsabilidades na gestão e eliminação dos resíduos;
- Estudo de formas de redução dos resíduos produzidos;
- Utilização, de forma efetiva, dos meios de tratamento disponíveis.

Todos os itens listados acima, fazem parte do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), que será ser elaborado conforme o perfil de produção de resíduos da Policlínica, com vistas ao atendimento de todas as determinações da RDC nº 222/20218.

MONITORAMENTO

Uma das finalidades da monitorização é manter uma vigilância constante dos processos, com o objetivo de se detectar precocemente os desvios dos padrões da prática esperados, e corrigi-los prontamente, adotando uma postura pedagógica e não punitiva. Elencamos abaixo alguns indicadores para gerenciamento da área de suprimentos:

- Índice de compra de urgência;

- Índice de compra não padrão;
- Índice de perda por validade;
- Índice de acurácia do estoque quantitativa e qualitativa;
- **Quantitativo:** Quantidade física/Quantidade contabilizada;
- **Qualitativo:** Quantidade de produtos sem diferença entre estoque físico e contabilizado/quantidade total de produtos sem diferença entre físico e contabilizado;
- Giro de estoque.

REGISTROS

Todo o processo da cadeia de suprimentos deverá ter suas etapas registradas e armazenadas conforme determinação dos gestores das áreas. Todos os formulários de avaliação de fornecedor e visitas técnicas deverão ser enviadas ao setor de Compras para composição do dossiê do fornecedor afim de avaliar a qualidade da oferta do seu produto/serviço.

As informações relacionadas pertinentes ao registro em prontuário deverão ser realizadas no sistema eletrônico e na indisponibilidade do mesmo em meio físico, este último de forma contingencial.

Checklist para Recebimento de Mercadorias

LOGO	**ANEXO I – Checklist para Recebimento de Mercadorias**	Código: XXX-XXX-XXX
		Data: XX/XX/XXXX
		Revisão: XX
		Páginas: X de XX

Orientação: Todos os insumos recebidos de Fornecedores serão inspecionados através da aplicação deste checklist de acordo com o tipo de insumo. O checklist deve ser aplicado

antes do recebimento da mercadoria e, em caso de identificação de produtos não-conformes, é necessário comunicar ao Setor de Compras e Suprimentos, que tomará as devidas providências para a devolução total e/ou parcial do item.

ITEM DE AVALIAÇÃO	CONFORME	NÃO SE APLICA
A entrega foi realizada no prazo estabelecido?	[ ]	[ ]
A entrega foi realizada em veículo adequado (perfeito estado de conservação, limpos e com a documentação atualizada)?	[ ]	[ ]
O entregador estava adequadamente trajado?	[ ]	[ ]
A Nota Fiscal está com os dados corretos (CNPJ, local de entrega e Ordem de Compra)?	[ ]	[ ]
Os produtos entregues estão de acordo com a Ordem de Compra (suas quantidades, preços e especificações do produto)?	[ ]	[ ]
Existem inadequações nas embalagens (embalagem violada, com rasuras, informações ilegíveis, com sujidade, sem informações técnicas necessárias para utilização do produto, entre outros)?	[ ]	[ ]
Existe lote e validade dos produtos em acordo com Nota Fiscal e dentro de prazo hábil para consumo?	[ ]	[ ]
As temperaturas dos produtos termolábeis estão adequadas (Refrigerador: 2° a 8°C/ Câmara Fria: 2° a 8°C/ Congelador: 0° a -20°C/ Freezer: -20° a 0°C/ Temperatura Ambiente: 15° a 30°C)?	[ ]	[ ]
Notas fiscais estão em bom estado de conservação? Sem sujidades, rasuras, rasgos?	[ ]	[ ]

Data: _____/_____/_____ Assinatura Responsável do setor:

Formulário de Avaliação de Fornecedores

DADOS GERAIS DO FORNECEDOR		
Fornecedor:		CNPJ:
Periodicidade de Avaliação: [ ] Anual [ ] Semestral		
Pontuação: 0 - não atendeu; 05 - atendeu parcialmente; 10 - atendeu plenamente		
REQUISITOS		**PONTUAÇÃO**
QUALIDADE	1. Prêmio de Qualidade: Possui Certificação de Qualidade?	
	2. Realiza Pesquisa de Satisfação com seus Clientes?	
OPERACIONAL	3. Avaliação Desempenho operacional do Fornecedor: Qualidade, Rapidez, Agilidade em resolver problemas	
	4- Quantidade: Itens constantes na NF é a mesma da ordem de compra?	
	5- Pontualidade e Prazo de Entrega: Prazos de entrega acordados são cumpridos?	
FINANCEIRO	6.Preço: Preço Justo/ Capacidade de Competição frente ao Mercado	
	7-Condições Comerciais: Preços/ Forma de Pagamento/ Frete	
PARCERIA	8. Avaliação Relacionamento Empresa x Fornecedor	

	9- Parceria Financeira do Fornecedor com a Instituição (Flexibilidade em Negociar em tempos difíceis)	
QUALIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	TOTAL	
	PONTUAÇÃO MÁXIMA	90
	TOTAL DE ITENS APLICAVÉIS	9
	PONTUAÇÃO EM %	

RESULTADO	**PONTUAÇÃO**	**PLANO DE AÇÃO**
[ ] Qualificado	mais de 75%	Visitar após 01 ano, se aplicável.
[ ] Sob avaliação	entre 75% e 25%	Definir período de adequação dos itens não conforme. Agendar nova visita para o período máximo de 06 meses, se aplicável.
[ ] Não qualificado	menos de 25%	Bloquear fornecedor Impossibilitada comercialização até agendamento de nova visita

Data: _____/_____/_____ Assinatura Responsável do setor:

3.4.5 - Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial.

Este documento tem por objetivo definir critérios e disciplinar o procedimento de contratações de serviços de terceiros para a prestação dos serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial para a Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa 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 impessoalidade, legalidade, moralidade, igualdade, eficiência, 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 de limpeza, serviço de vigilância, serviços de manutenção geral predial especializada, engenharias, arquitetura, manutenção de máquinas e equipamentos, serviços jurídicos, serviços de assistência médica, serviços de telefonistas, serviços 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 tornar-se um prestador do IMED é estar em dia com suas obrigações fiscais, além de estar alinhado às políticas de gestão de prestadores, como Compras, Planejamento e Logística, 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 Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ);

b) registro na Junta Comercial;

c) capital social compatível com o número de empregados, observando-se os seguintes parâmetros: c.1) empresas com até dez empregados – capital mínimo de R$ 10 mil; c.2) empresas com mais de dez e até 20 empregados – capital mínimo de R$ 25 mil; c.3) empresas com mais de 20 e até 50 empregados – capital mínimo de R$ 45 mil;

c.4) empresas com mais de 50 e até 100 empregados – capital mínimo de R$ 100 mil; e c.5) empresas com mais de 100 empregados – capital mínimo de R$ 250 mil.

OBRIGAÇÕES DIVERSAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS PELO IMED PARA A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA

- Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
- Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus ao IMED para que não haja interrupção dos serviços prestados;
- Cumprir e fazer cumprir pelos seus empregados, o regulamento interno da unidade de saúde, referente às normas de segurança, em especial quanto ao acesso às suas dependências;
- Disponibilizar mão-de-obra previamente treinada para a função;
- Disponibilizar empregados em quantidade necessária a prestação dos serviços e devidamente registrados em carteira de trabalho;
- Disponibilizar mão-de-obra com instrução mínima do Ensino Fundamental capacitada a ler, escrever e entender instruções escritas;
- Promover periodicamente, às suas expensas, treinamentos gerais e específicos de toda a equipe de trabalho com registro de evidências e apresentação de cronograma anual, necessários a garantir a execução dos trabalhos dentro dos níveis de qualidade desejados;
- Atender, de imediato, as solicitações do IMED quanto às substituições de empregados não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;
- Prestar esclarecimentos que lhe forem solicitados;
- Apresentar, periodicamente, os comprovantes de pagamentos de benefícios e encargos;
- Instruir seus empregados quanto à necessidade de acatar as orientações do IMED, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho tais como prevenção de incêndio na unidade de saúde;
- Disponibilizar e cobrar seus empregados, em atendimento a legislação vigente, o uso de

equipamentos de proteção individual – EPI´s, conforme Portaria MTE n.º 485, de 11 de novembro de 2005 – N32;

- Identificar, acompanhar e orientar adequadamente o empregado em período de experiência;

- Atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível;

- Assumir total e exclusiva responsabilidade por qualquer ônus ou encargos relacionados com seus empregados, na prestação do serviço objeto do contrato, sejam eles decorrentes da legislação trabalhista, social, previdenciária e/ou ambiental, incluídas as indenizações por acidentes, moléstias ou outras de natureza profissional e/ou ocupacional;

Elaborar relatório de atividades mensal e emitir fatura/nota fiscal de acordo com o estabelecido em contrato dos serviços prestados.

SERVIÇOS DE LIMPEZA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Objeto da prestação dos serviços

Prestação de serviços especializados contínuos de limpeza, conservação, higienização interna e externa, desinfecção de superfícies em serviços de saúde, com a disponibilidade de mão de obra qualificada, equipamentos, acessórios, fornecimento de todos os insumos e materiais necessários para limpeza e desinfecção.

Realizações assíduas e periódicas de Dedetização, Desratização, Descupinização e Limpeza dos reservatórios de água (inferior e superior), com a disponibilização de produtos saneantes hospitalares e domissanitários, sabonetes, papel toalha, lixeiras e contêineres, sacos de lixo, papel higiênico e demais materiais e equipamentos, visando manter condições adequadas de salubridade e higiene em todas as dependências da Policlínica.

Critérios para contratação

As atribuições da equipe do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde podem variar de acordo com a área e as características do local onde a limpeza será realizada. Embora as atribuições possam apresentar variações entre os setores, o objetivo alvo deve ser comum, ou seja, a remoção de sujidades de superfícies do ambiente, mediante a aplicação e ação de produtos químicos, ação física, aplicação de temperatura ou combinação de processos. A clareza das atribuições tem papel fundamental para

seu cumprimento de todas as tarefas a serem realizadas.

Atribuições administrativas

Quanto à apresentação pessoal

- Apresentar-se com uniforme completo, limpo, passado, sem manchas, portando a identificação do funcionário;
- Utilizar EPI's;
- Manter cabelos penteados e presos;
- Manter unhas curtas, limpas, sem esmalte ou unhas postiças;
- Desprover-se de adornos, como pulseiras, anéis, brincos, colares e piercing.

Quanto às normas institucionais

- Apresentar-se no horário estabelecido no contrato de trabalho;
- Comunicar e justificar ausências;
- Respeitar clientes internos e externos à instituição: superiores, colegas de trabalho, pacientes, visitantes e outros;
- Adotar postura profissional compatível com as regras institucionais:
    - ✓ falar em tom baixo;
    - ✓ respeitar o silêncio exigido em ambientes de serviços em saúde;
- Participar de programas ou campanhas institucionais que contribuam para a minimização de riscos ocupacionais, ambientais e que estimulem a responsabilidade social, como, por exemplo, programas de biossegurança, prevenção de incêndio, campanha de vacinação e outros;
- Evitar diálogos desnecessários, sem que seja questionado previamente.

Atribuições técnicas para supervisores ou encarregados do serviço de limpeza

Quanto aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC)

- Adquirir EPI com certificação de aprovação, que se refere ao CA. do Ministério do Trabalho e disponibilizá-los em quantidade suficiente para uso e reposição;

- Capacitar ou direcionar a capacitação sobre EPI para um profissional que esteja habilitado para desenvolver treinamentos com abordagens como: tipos, onde e quando utilizar, importância da utilização, técnicas de utilização correta e adequada, riscos da não utilização e outros;

- Supervisionar o uso correto dos EPIs;

- Providenciar e disponibilizar Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) e orientar os colaboradores para sua utilização.

Outras atribuições

- Focar suas ações em consonância com a missão, visão, filosofia e objetivos do IMED;

- Participar e acompanhar os processos seletivos da equipe de limpeza e desinfecção de superfícies por meio de estabelecimento de requisitos pertinentes ao cargo, participação em entrevistas e avaliações;

- Planejar, coordenar, implementar e supervisionar as atividades pertinentes ao serviço;

- Dimensionar pessoal, equipamentos, utensílios e materiais de limpeza e desinfecção de superfícies;

- Desenvolver e implementar programas de educação contínua sobre processos de limpeza e desinfecção de superfícies e conservação;

- Planejar supervisão contínua das atividades de limpeza de forma que os três turnos de trabalho sejam assegurados;

- Realizar avaliações de desempenho dos funcionários sob sua responsabilidade;

- Estabelecer o cronograma de periodicidade e de frequência dos diferentes tipos de limpeza em todos ambientes e superfícies sob responsabilidade da equipe de limpeza e desinfecção;

Cumprimento de responsabilidades definidas

Todo paciente que utiliza os serviços de saúde, ocupa

necessariamente uma unidade que deverá ser limpa a cada sessão do tratamento dialítico, sendo constituída basicamente por poltrona portátil, máquina de diálise com suporte de soro, cesto de lixo e bandeja.. Compete ao Serviço de Higiene em Serviços de Saúde executar limpeza do teto, pisos, paredes, janelas, vidros e mobiliários.

Além da unidade do paciente, o Serviço de higiene é responsável pela limpeza dos banheiros, posto de enfermagem, corredores, sala de utilidades, áreas específicas, como centro cirúrgico ambulatorial, laboratório, copa, cozinha e todas as demais áreas administrativas/apoio da instituição, respeitando sempre a peculiaridade de cada área. Para atender a esta premissa o Contratado deverá observar, dentre outras obrigações:

- Utilizar na prestação dos serviços somente produtos que possuam garantia de qualidade, conforme ABNT NBR ISO 9001, ou substitutivo, bem como atender aos requisitos básicos estabelecidos pela legislação vigente e submetidos à prévia apreciação e aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

- Disponibilizar germicidas que possuam Certificado de Registro no Ministério da Saúde, contendo as características básicas do produto aprovado e Laudos específicos;

- Alocar os funcionários que irão desenvolver os serviços contratados somente após efetivo treinamento pertinente à limpeza hospitalar, com avaliação do conteúdo programático, tais como: noções de fundamentos de higiene hospitalar, noções de infecção hospitalar, uso correto de EPIs, comportamento, postura, normas e deveres, rotinas de trabalho a serem executadas, conhecimento dos princípios de limpeza, dentre outros;

- Preparar um Manual Operacional baseado em boas práticas, recomendações dos fabricantes dos produtos utilizados, instruções da vigilância sanitária, instruções da CCIH da unidade de Saúde e obrigações trabalhistas. O Manual Operacional deve ser entregue para aprovação do IMED em momento anterior ao início da prestação dos serviços, contendo obrigatoriamente:

  - ✓ Rotinas de execução de limpeza nas áreas críticas, semi-críticas e não críticas;
  - ✓ Rotinas de recolhimento de lixo do serviço em saúde;
  - ✓ Rotinas de manutenção de equipamentos e utensílios utilizados pela equipe;
  - ✓ Fluxos de materiais e pessoas;
  - ✓ Quadro de Pessoal;

- ✓ Quadro de horário;
- ✓ Procedimento visando o aprimoramento de práticas de sustentabilidade na execução do serviço;
- ✓ Fichas técnicas dos produtos de limpeza a serem utilizados.

- Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus funcionários acidentados ou com mal súbito, por meio de seus encarregados;
- Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os produtos, materiais, inclusive sacos plásticos para acondicionamento de resíduos, recipientes para coleta de perfurocortantes, utensílios e equipamentos em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas para a boa execução dos serviços, com observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente, em especial a NR32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde;
- Adquirir e distribuir nos sanitários papel higiênico, sabonetes, sacos de lixo e papel toalha, de forma a garantir a manutenção de seu funcionamento;
- Permitir e colaborar com a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados do IMED, que mensalmente emitirão relatório sobre a qualidade dos serviços prestados, indicando os cálculos para obtenção dos valores a serem faturados;
- Fornecer todos os produtos necessários e suficientes para a execução dos serviços;
- Utilizar produtos com os princípios ativos permitidos segundo a Portaria 15/MS/SNVS de 23/08/88- Fenólicos; quaternários de amônio; compostos orgânicos e inorgânicos liberadores de cloro ativo; iodo e derivados; alcoóis e glicóis; biguanidas;
- Apresentar ao IMED cópia dos Certificados de Registros no Ministério da Saúde emitidos em nome dos fornecedores dos produtos, com validade na data da aquisição e com as características básicas dos produtos aprovados, bem como respectivos laudos de testes de laboratório credenciado para esse fim;
- Apresentar ao IMED, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com pacientes, colaboradores ou com terceiros;
- Utilizar somente produtos que possuam registro na ANVISA e somente após a devida

aprovação pela CCIH e autorização do gestor do IMED;

- 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;

- Identificar todos os equipamentos, ferramentas e utensílios tais como: aspiradores de pó, enceradeiras, mangueiras, baldes, carrinhos para transporte de lixo, escadas e outros;

- 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;

- Apresentar semestralmente laudo com os resultados dos testes bacteriológicos do meio ambiente e da água de abastecimento do serviço de saúde;

- Proceder ao recolhimento e pesagem dos resíduos, conforme legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade e demais exigências legais nos termos da Lei Federal 12.305/2010; 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 e legislações vindouras, 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;

- Proceder ao recolhimento dos resíduos, EM TODOS OS AMBIENTES DA UNIDADE DE SAÚDE, de forma a contemplar as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento, transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo as normas da ABNT e a legislação vigente;

- Elaborar, em conjunto com o IMED, o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde devendo 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 Federal 12.305/2010; Resolução RDC no 306 de 7/12/2004 e Resolução MMA n 358 de 29/4/2005 e na Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC nº 1, de 29/6/98.

SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA

Objeto da prestação dos serviços

Prestação de serviços de vigilância, controle e fiscalização, inclusive através de vigilância eletrônica CFTV e exercer um controle rigoroso dos acessos às áreas internas, proceder à identificação de servidores e usuários viabilizando o ingresso às instalações e de coibir possíveis ações destruidoras ao patrimônio e furtos. Acionar os dispositivos de segurança em casos de incêndio e qualquer fato, ocorrência ou fenômeno que coloque em risco os colaboradores, os serviços, o patrimônio como um todo, dando imediato conhecimento à Administração do IMED.

Definição dos postos

Os serviços de vigilância, controle e fiscalização definidos neste instrumento se caracterizam por estarem configuradas como serviços que somente podem ser desempenhados por profissionais regidos e regulamentados por regulamentação especifica quais sejam Lei Federal nº 7.102, de 20.06.83, alterada pelas Leis Federais nº 8.863, de 28.03.94, 9.017, de 30.03.95, e 11.718, de 20/6/2008 e Medida Provisória nº 2.184, de 24/08/2001, regulamentadas pelo Decreto nº 89.056, de 24.11.83, alterado pelo Decreto nº 1.592, de 10.08.95, bem como pelas Portarias DG/DPF nº 387/2006 alterada pela Portaria DG/DPF nº 515/2007, DG/DPF nº 358/09, DG/DPF nº 408/09 e DG/DPF nº 781/10. A prestadora de serviços deve ter seu registro na Policia Federal.

Os postos onde ocorrerão os serviços de vigilância, controle e fiscalização devem incluir os locais de acesso de pacientes, acompanhantes, visitantes em geral, funcionários, fornecedores, prestadores de serviço além de demais locais que permitam a perfeita execução das atividades.

O número de postos, seu horário de funcionamento e o número de pessoas que comporão cada posto deve ser definido pelo IMED, cabendo ao responsável pela execução dos serviços apresentar um plano de trabalho detalhado.

Atribuições administrativas

Quanto à apresentação pessoal

- Apresentar-se com uniforme completo, limpo, passado, sem manchas, portando a identificação do funcionário;

- Utilizar EPI's;
- Manter cabelos penteados e presos;
- Manter unhas curtas, limpas, sem esmalte ou unhas postiças;
- Desprover-se de adornos, como pulseiras, anéis, brincos, colares e piercing.

Quanto às normas institucionais

- Apresentar-se no horário estabelecido no contrato de trabalho;
- Comunicar e justificar ausências;
- Respeitar clientes internos e externos à instituição: superiores, colegas de trabalho, pacientes, visitantes e outros;
- Adotar postura profissional compatível com as regras institucionais:
    - ✓ falar em tom baixo;
    - ✓ respeitar o silêncio exigido em ambientes hospitalares;
- Participar de programas ou campanhas institucionais que contribuam para a minimização de riscos ocupacionais, ambientais e que estimulem a responsabilidade social.
- Evitar diálogos desnecessários, sem que seja questionado previamente.

Orientações Técnicas

Os serviços serão desenvolvidos, nos locais levantados pela proponente e posteriormente aprovados pelo IMED.

Os funcionários lotados nos postos definidos devem:

- Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas;
- Operar equipamentos de vigilância eletrônica;
- Fiscalizar a entrada e a saída de veículos nas instalações, identificando o motorista e anotando a placa do veículo, inclusive de funcionários autorizados a estacionarem seus carros particulares na área interna da instalação, mantendo sempre os portões fechados;

- Fiscalizar a entrada e a saída de materiais, mediante conferência das notas fiscais ou de controles próprios do IMED;

- Controlar a entrada e a saída de veículos, empregados e visitantes, após o término de cada expediente de trabalho, feriados e finais de semana, na conformidade de que venha a ser estabelecido pelo IMED;

- Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhados às instalações, sem que estes estejam devida e previamente autorizados pelo IMED;

- Fiscalizar e orientar o trânsito interno de empregados, visitantes ou pessoas, bem como dos estacionamentos de veículos, anotando eventuais irregularidades e comunicando ao IMED;

- Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando à manutenção das condições de segurança;

- Colaborar com as Polícias Civil e Militar nas ocorrências de ordem policial dentro das instalações da unidade facilitando, no possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;

- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;

- Executar a ronda programada nos horários previstos;

- Não permitir aglomerações de pessoas junto ao posto;

- Repassar para os vigilantes e porteiros, quando da rendição nos postos de trabalho, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações;

- Não permitir a entrada de menor desacompanhado, sem que antes seja feita sua identificação e posterior estabelecimento de contato junto à pessoa com a qual o menor deseja falar ou visitar, assegurando-se de que a pessoa contatada ou a ser visitada pelo menor assuma a sua responsabilidade enquanto permanecer nas dependências da Unidade de Saúde;

- Permitir aos portadores de deficiências físicas de locomoção que seja concedida preferência de trânsito e acesso aos elevadores, procurando ajudá-los, quando for o caso;

- Conhecer e manter registro da estrutura organizacional do órgão/entidade;
- Não é permitido à retenção de qualquer documento dos visitantes.

SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO PREDIAL

Objeto da prestação dos serviços

Prestação de serviços de Manutenção Predial e de equipamentos prediais, visando à obtenção de adequadas condições físicas e estruturais, com a disponibilização de mão-de-obra qualificada, materiais e equipamentos, nos locais determinados.

Atribuições administrativas

Quanto à apresentação pessoal

- Apresentar-se com uniforme completo, limpo, passado, sem manchas, portando a identificação do funcionário;
- Utilizar EPI's;
- Manter cabelos penteados e presos;
- Manter unhas curtas, limpas, sem esmalte ou unhas postiças;
- Desprover-se de adornos, como pulseiras, anéis, brincos, colares e piercing.

Quanto às normas institucionais

- Apresentar-se no horário estabelecido no contrato de trabalho;
- Comunicar e justificar ausências;
- Respeitar clientes internos e externos à instituição: superiores, colegas de trabalho, pacientes, visitantes e outros;
- Adotar postura profissional compatível com as regras institucionais:
  - ✓ falar em tom baixo;
  - ✓ respeitar o silêncio exigido em ambientes hospitalares.

- Participar de programas ou campanhas institucionais que contribuam para a minimização de riscos ocupacionais, ambientais e que estimulem a responsabilidade social;

- Evitar diálogos desnecessários, sem que seja questionado previamente.

Orientações técnicas

Os procedimentos de manutenção predial a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle físicos e estruturais da Unidade de Saúde.

O contratado deverá proporcionar um serviço de manutenção ininterrupto, de tal maneira que as instalações, plantas e equipamentos estejam sempre dentro dos padrões das boas práticas e os requisitos da lei em todos os momentos.

Será responsabilidade do contratado qualquer não conformidade de serviço que deixe inoperante ou impeça o uso de uma parte ou toda uma área funcional, desde que não causado por motivo de força maior.

Da mesma forma, será responsabilidade do contratado qualquer não conformidade de serviço que afete a operação, mas que não impeça o uso de uma parte ou toda uma área funcional.

E, por último, será responsabilidade do contratado as não conformidades de serviço de natureza grave que não cumpram algum aspecto refletido neste documento e que não estejam incluídos nos descritos anteriormente.

Este serviço buscará reduzir o risco de não conformidades que venham a ocasionar reparos e trabalhos de manutenção corretiva que possam, ou não, afetar a Unidade de Saúde.

O contratado deverá manter arquivado de forma lógica e atualizada toda a documentação existente referente a: projetos, planos, plantas, instalações, equipamentos, características, garantias etc. de todos os ativos sobre os quais realizar a manutenção.

Deverão existir responsáveis técnicos com registros no CREA ou conselhos equivalentes para os equipamentos de transporte vertical, grupos geradores, subestação de energia, ar-condicionado, instalações elétricas e etc, que deverão emitir ART's periodicamente referente as atividades desenvolvidas.

Os serviços de Manutenção Predial incluirão os seguintes elementos, mas não se limitará a eles:

Documentações

- Controle de Ordens de Serviços;
- Emissão de RRT ou ART por profissional habilitado com responsabilidade técnica sobre os serviços desenvolvidos;
- Controle de compras de peças, materiais e ferramentas;
- Elaboração de laudos técnicos referentes às manutenções críticas realizadas;
- Planos de Manutenção Predial: Preditiva, Preventiva e Corretiva:
  - ✓ Planos de Inspeção Visual;
  - ✓ Planos de Manutenção Preventiva;
  - ✓ Planos de Manutenção Preditiva;
  - ✓ Planos de Manutenção Corretiva;
  - ✓ Planos de Inspeção Elétrica;
  - ✓ Planos de Inspeção Hidráulica;
  - ✓ Planos de Inspeção do Sistema de Climatização;
- Plano de Manutenção, Operação e Controle do Sistema de Climatização (PMOC).

Instalações

- Elétricas;
- Hidráulicas;
- Gases;
- Informática;
- Climatização;

- Telefonia;
- TV;
- Som;
- Controle e Segurança – CFTV;
- Sistema de proteção contra incêndio;
- Tapeçaria;
- Marcenaria;
- Serralheria;
- Oxigênio;
- Ar comprimido;
- Vácuo.

Edificação

- Estruturas;
- Alvenarias;
- Lajes e Pisos;
- Tetos e Forros;
- Painéis solares (se houver);
- Fachadas;
- Muros;
- Pavimentação Externa;
- Esquadrias e vidros ;
- Telhado;

- Calhas;
- Terraços;
- Coberturas.

O CONTRATADO deverá apresentar Plano de Manutenção, Operação e Controle Predial – PMOCP em até 30 (trinta) dias após a assinatura do contrato, seguindo o modelo preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO e demais documentos obrigatórios relacionados a infraestrutura da unidade.

O contratado deverá cumprir a programação do Plano de Manutenção Preventiva acordado com o IMED. Todo o material a ser empregado nas manutenções preventivas e corretivas terão que ser fornecidas pelo contratado.

Os equipamentos destinados ao funcionamento das edificações: Grupo Geradores, Subestação, , Bombas d'agua, Bombas de recalque, Transformadores, Cabines de energia, Bombas de vácuo, Compressores, Equipamentos de refrigeração e demais estão incluídas na manutenção predial, devendo receber peças de reposição e mesmo sendo substituídas quando se fizer necessário, nenhuma peça de reposição poderá ser cobrada do IMED em separado, seus valores deverão estar contemplados no valor global a ser pago mensalmente por este serviço.

3.5 - Política de Recursos Humanos



3.5.1 - Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.

O processo de desenvolvimento humano do IMED, parte do pressuposto do cuidado e a aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais em ação na rede de serviços. Para o IMED, o desenvolvimento é a realização no encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações.

Propomos, portanto, que os processos de desenvolvimento humano dos profissionais lotados na POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA, tomem como referência as necessidades das pessoas lotadas na Policlínica, da gestão setorial e do controle social e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação.

As demandas para o desenvolvimento não se limitarão somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que serão identificadas as necessidades de qualificação e desenvolvimento, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A lógica ou marco conceitual, de onde serão parte para propor o desenvolvimento humano são feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciem:

- Democratização institucional;
- Desenvolvimento da capacidade de aprendizagem;
- Desenvolvimento de capacidades de enfrentamento criativo em situações de saúde;
- Trabalho em equipes matriciais;
- Melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde
- Constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.

Desse modo, transformar o desenvolvimento humano e a gestão do trabalho em saúde não são no IMED consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Essas são questões de natureza tecnopolítica e implicam na articulação de ações Intra e Inter institucionalmente. Portanto, o desenvolvimento ocorre no âmbito da formação comportamental e técnica, de graduação, pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social do setor.

O desenvolvimento humano na POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA, será feita por meio das instâncias de articulação interinstitucional e engrenagens para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que são:

- Espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os protagonistas das ações e serviços do SUS e instituições formadoras;
- Lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento humano, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde.

Os Polos funcionarão como dispositivos para promover mudanças, tanto nas práticas comportamentais quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva.

Dentre outros, são autores e protagonistas dessas instâncias de articulação do Desenvolvimento humano em Saúde:

- Gestores;
- Universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo as áreas clínicas e da saúde coletiva;
- Escolas de Saúde Pública;
- Centros Formadores;
- Núcleos de Saúde Coletiva;
- Escolas Técnicas;
- Hospitais de ensino;
- Estudantes da área de saúde;
- Colaboradores;
- Movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde.

Os Polos vão trabalhar com a perspectiva de construir nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, a capacidade de pensar, se relacionar e executar a formação profissional e o desenvolvimento humano das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros Inter setoriais.

A esses Polos, cabe-lhes, ainda, trabalhar com os elementos que conferem à integralidade da atenção à saúde (diretriz constitucional), forte capacidade de impacto sobre a saúde da população e que são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde, quais sejam: acolhimento, cuidado com todos que atuarão na Policlínica, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção à saúde.

A integralidade da atenção à saúde envolverá:

- Conceito ampliado de saúde;
- Compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais;
- Conhecimento sobre a realidade;
- Trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar;
- Ação intersetorial;
- Auxílio, amparo e apoio;
- Conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos,

demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase, malária, covid-19, etc.)

Para alcançar a atenção integral do desenvolvimento humano, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento no modelo de gestão do IMED, porque propicia a construção de relações contínuas com os Stakeholder. Em todas as suas modalidades de operação, buscaremos a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços.

No IMED, o conjunto de ações para o desenvolvimento humano, funcionam como uma cadeia do cuidado progressivos, onde se considera a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção e disseminação de conhecimento e conseguiremos alcançar tais propósitos na POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA, através das seguintes iniciativas:

Programa de Desenvolvimento de Líderes - PDL







O líder tem um papel fundamental, que transcende o poder de hierarquia do cargo. Ele é responsável pelo desenvolvimento pessoal e profissional de outros colaboradores, por isso, cada setor da unidade possui um. Esse profissional deve ser capaz de incentivar e conduzir os liderados para que eles possam confiar no objetivo proposto da organização. Além de administrar o trabalho, ser flexível e ter visão do futuro, ele deve ter a habilidade de enxergar o ser humano como indivíduo único – o que também está relacionado com a questão da humanização.

O Programa de Desenvolvimento de Líderes (PDL) é um investimento estratégico no futuro da Policlínica. Acreditamos que líderes fortes são a chave para o sucesso de qualquer organização. Por isso, oferecemos um programa completo e personalizado, que visa desenvolver as habilidades e competências necessárias para inspirar equipes, tomar decisões estratégicas e promover uma cultura de alta performance.

Através de avaliações individualizadas, workshops práticos e mentoria personalizada, os líderes aprenderão a:

- Construir relacionamentos sólidos: Criando um ambiente de trabalho colaborativo e humanizado.
- Tomar decisões estratégicas: Analisando dados e informações para tomar as melhores decisões para a organização.
- Desenvolver talentos: Identificando e desenvolvendo o potencial de cada membro da equipe.
- Adaptar seu estilo de liderança: Acompanhando as mudanças do mercado e as necessidades da equipe.

Os benefícios do PDL são inúmeros:

- Equipes mais engajadas: Colaboradores mais motivados e satisfeitos com seu trabalho.
- Melhora no desempenho: Aumento da produtividade e da qualidade dos resultados.
- Retenção de talentos: Redução do turnover e fortalecimento da cultura organizacional.
- Lideranças mais preparadas: Profissionais mais qualificados para assumir novos desafios e impulsionar o crescimento da organização.

O PDL tem como objetivo desenvolver a liderança para gestão de alta performance, com tomadas de decisões assertivas e inteligentes, bem como fortalecer a visão dos pontos de melhoria para manter os colaboradores motivados e engajados – o que consequentemente gera bons resultados para organização.

Essa estratégia transforma as relações dentro da organização. Faz com que os líderes se aproximem dos colaboradores, tornando essa relação mais humanizada para que eles possam oferecer suporte emocional. Para isso, é preciso conhecer quem trabalha ao lado, estabelecer uma conexão, criar um laço de confiança, companheirismo na equipe, empatia e respeito.

Programa de Desenvolvimento de Sucessores - PDS



O Programa de Sucessores (PDS) da Policlínica caminhará em consonância com o PDL e será uma iniciativa estratégica para garantir a sustentabilidade da organização através do desenvolvimento de talentos internos. Ao mapear e desenvolver profissionais com alto potencial, o PDS assegurará a sucessão de lideranças e a continuidade dos serviços.

Através de uma análise minuciosa das competências e comportamentos dos colaboradores, o programa identificará aqueles que mais se alinham com a cultura da Policlínica e possuam o potencial para assumir papéis de maior responsabilidade.

Os principais objetivos do PDS serão:

- Identificar: Mapear talentos internos com potencial para liderar.
- Desenvolver: Oferecer programas de desenvolvimento personalizados para aprimorar as competências dos talentos.
- Valorizar: Reconhecer e recompensar os colaboradores que demonstrem alto desempenho e engajamento.
- Suceder: Garantir a sucessão de lideranças e a continuidade dos serviços.

O PDS abordará temas cruciais para o desenvolvimento de líderes, como:

- Gestão de Pessoas: Liderança, motivação de equipes, feedback.
- Desenvolvimento de Negócios: Estratégia, inovação, gestão de projetos.
- Comunicação e Relacionamento: Negociação, influência, resolução de conflitos.
- Pensamento Estratégico: Visão de futuro, tomada de decisão, planejamento.

Ao participar do PDS, os colaboradores terão a oportunidade de:

- Aprender: Adquirir novas habilidades e conhecimentos.
- Crescer: Desenvolver sua carreira e alcançar novas posições.
- Contribuir: Fazer a diferença para a Policlínica.

O Programa de Sucessores será um investimento estratégico na maior riqueza da Policlínica: seu capital humano.

Programa de Desenvolvimento de Equipes








Treinamento, desenvolvimento, capacitação contínua e direcionada para todos que atuam nos canais de relacionamento interno e externo.

Crescimento pessoal e desenvolvimento são uma das grandes razões para os colaboradores se sentirem motivados com seus trabalhos, pois todos os profissionais anseiam evoluir. Ter uma equipe bem-preparada contribui diretamente para o aumento da satisfação ao oferecer e ser reconhecido por prestar um atendimento personalizado e de qualidade para os clientes.

Incentivo ao autodesenvolvimento





Incentivaremos os colaboradores da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA, através dos nossos canais internos a buscarem o

desenvolvimento pessoal, com o objetivo de alcançar vantagens para o indivíduo e organização.

Auxiliaremos as equipes na busca de cursos gratuitos e custearmos alguns deles, estendemos convites de palestras, simpósio e eles escolherão os temas que trará valor agregado para o desenvolvimento de suas carreiras na Policlínica.

Feedback constantes



Uma das maneiras de proporcionar desenvolvimento aos colaboradores é a prática do feedback continuo. As pessoas precisam saber como estão em suas carreiras e se o desempenho está satisfatório; quanto mais feedback for dado as equipes, haverá uma chance maior dos colaboradores passarem a agir de acordo com que a organização precisa.

Tão importante quanto dar *feedback* é ouvir o que seus colaboradores pensam e com frequência. Apenas o fato de que você está disposto a ouvi-los já demonstra um grande respeito.

Respeito

Faremos do elogio uma ação constante para que ele não ocorra somente no processo de feedback formal, compartilharemos conhecimento e atuaremos como uma líder educador.

Encararemos o erro como processo de aprendizado e não permitimos a exposição de qualquer colaborador, seja qual for o cargo, a qualquer tipo correção desrespeitosa, seja sozinho ou diante dos demais colegas.



Reconhecimento



Ao ser reconhecido pelo trabalho executado e pelos resultados obtidos, estimularemos a proatividade e motivação.

Identificaremos com a criação de um comitê, atitudes que fazem a diferença no atendimento interno, externo, negociação ou na entrega de um trabalho estratégico para que a organização a torne "pública" à todas as equipes o feito e resultado.



Ações de responsabilidade social



As ações de responsabilidade social estimulam o trabalho em

equipe, fortalecem laços de amizade e auxilia instituições de caridade que precisam de ajuda. Auxiliar o próximo tornou-se sinônimo de desenvolvimento, pois esse tipo de iniciativa valoriza os colaboradores, otimiza o desempenho das equipes e a aumenta a visibilidade da organização.

Realizaremos campanhas em datas comemorativas, envolveremos todos os colaboradores da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA, em eventos onde a participação dos profissionais da saúde seja importante.







Programa de Cuidado e Desenvolvimento Humano

O Programa de Cuidado e Desenvolvimento Humano (PCDH) surge exatamente como forma de prevenção e resgate de profissionais que apresentam quaisquer tipos de sintomas de transtornos mentais. O IMED quer garantir que na Policlínica, todos os colaboradores que necessitem de ajuda, tenham um acompanhamento humanizado e adequado.



O PCDH tem como principais objetivos:

1) Promover uma cultura de bem-estar: a diretoria busca criar um ambiente de trabalho no qual os funcionários se sintam à vontade para falar sobre suas questões de saúde mental e buscar ajuda quando necessário.

2) Oferecer acesso a recursos de saúde mental: disponibilizar diversos recursos para os colaboradores, tais como: grupos de apoio e programas de prevenção ao estresse e Burnout.

3) Capacitar líderes e gestores: treinamentos e capacitações para que as lideranças possam identificar sinais de sofrimento mental em suas equipes e oferecer o suporte adequado.

4) Reduzir o estigma associado à saúde mental: desmistificar a saúde mental e promover um ambiente de trabalho onde as pessoas se sintam à vontade para falar sobre suas dificuldades gerando segurança psicológica.

As iniciativas relacionadas ao projeto podem gerar inúmeros benefícios para a organização, sendo as principais delas:

- Redução no absenteísmo;
- Redução no turnover;
- Aumento da produtividade;
- Retenção de talentos;
- Melhora no clima organizacional.

Além dos benefícios internos, há os benefícios sociais que são imensuráveis. Um colaborador que tenha uma saúde mental equilibrada mantém um relacionamento saudável com as pessoas de seu círculo social e inspira outras pessoas a buscarem auxílio. O IMED entende que, a princípio, a ajuda parece ser individual, mas o impacto de um Programa de Cuidado e Desenvolvimento Humano é muito maior





Conte com a Gente





Programa de suporte emocional e social para os colaboradores, o Conte com a Gente foi premiado pela Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH), na sede de Goiás. O Instituto quer melhorar cada vez mais a assistência aos colaboradores para se tornar um modelo em saúde mental para o público interno, tendo a Policlínica como base.

Em abril de 2023, a presidência da República sancionou a Lei nº 14.556, que institui a campanha Janeiro Branco, dedicada à promoção da saúde mental.

Contudo, antes mesmo da proposta ser aprovada, o Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento já desenvolvia ações relacionadas com o tema, tanto no mês de janeiro, como no mês de setembro (Setembro Amarelo).

O objetivo do IMED é ampliar na Policlínica, as campanhas de conscientização abordando os transtornos (ansiedade, Burnout, depressão individualmente, fobia social, obsessiva-compulsivo, dependência química, explosivo intermitente, entre outros) dado que muitos deles ainda são considerados tabus na sociedade.

Nesse contexto, treinamentos e workshops serão ferramentas essenciais para disseminar informações importantes sobre o trema. Materiais impressos e digitais também auxiliarão na divulgação de dados.

Imed Kids






O IMED Kids será um programa educativo e divertido, direcionado aos filhos dos profissionais da Policlínica e escolas do entorno, que visa:

- Ensinar conceitos básicos de saúde: As crianças aprendem sobre o corpo humano, primeiros socorros, higiene e segurança de forma lúdica e interativa.
- Desenvolver habilidades sociais e cognitivas: Através de jogos, atividades em grupo e brincadeiras, as crianças desenvolvem habilidades como trabalho em equipe, empatia, raciocínio lógico e coordenação motora.
- Promover a integração e o bem-estar: O programa proporciona um ambiente seguro e estimulante para as crianças, além de fortalecer os laços entre elas e seus

familiares.

Como funciona:

- Frequência: Uma vez a cada dois meses, dividido em turnos matutino e vespertino, de acordo com a idade das crianças.
- Atividades: Jogos educativos, simulações de procedimentos médicos, visitas guiadas à unidade, entre outras atividades práticas e divertidas.
- Segurança: As atividades são supervisionadas por profissionais especializados e o ambiente é adaptado para garantir a segurança das crianças.
- Inscrição: Os pais ou responsáveis legais devem inscrever seus filhos e acompanhar a saída das crianças no final do evento.

Em resumo, o IMED Kids é uma iniciativa inovadora que combinará aprendizado e diversão, proporcionando uma experiência enriquecedora para as crianças e seus familiares, colaboradores da unidade.

Combate à discriminação e ao assédio



O Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento tem uma atuação muito forte no combate ao assédio. Tanto, que possui uma política detalhada sobre o tema, além de canais de denúncia para os colaboradores, como o Compliance. O IMED reconhece a importância do cuidado com os profissionais e não mede esforços para garantir um ambiente

seguro e acolhedor.

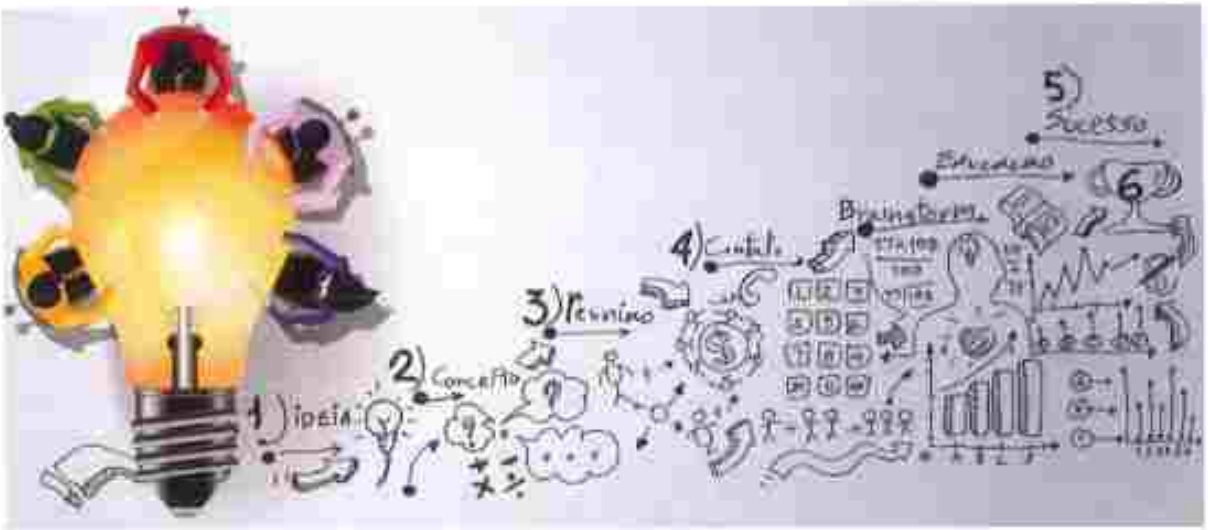
O assédio e a discriminação, seja por etnia, sexualidade, idade, deficiência, peso, religião, entre outras, também estão relacionadas com a saúde mental. Qualquer pessoa que sofra preconceito ou passe por uma situação de assédio pode desencadear transtornos mentais.

A violência verbal causa danos à saúde e ao bem-estar de qualquer indivíduo. Por isso, na Policlínica o IMED aplicará políticas e ações para combater, de forma efetiva, atos de discriminação e assédio.

Todas as ações relacionadas ao cuidado com os colaboradores serão acompanhadas regularmente pela diretoria local e corporativa para garantir a eficácia dos resultados. Para que isso aconteça de forma mais produtiva, haverá o acompanhamento efetivo da quantidade de denúncias recebidas, seus fundamentos e planos de ação a serem implementados.

Todo material coletado, apurado e armazenado será utilizada para comprovar a funcionalidade do programa e conquistar novas certificações para a Policlínica, que tem como objetivo estratégico um posicionamento superior por meio do mérito "Empresa Comprometida com a Saúde Mental", conforme Lei Federal nº 14.831, de 27 de março de 2024.

Oficina de ideias



Os colaboradores são fontes de informações, ideias e sugestões, que podem mudar o rumo da organização, aumentar a produtividade e correção de problemas, mas ele ainda é muito pouco utilizado para esse fim. Criaremos um canal onde todos poderão

contribuir com sugestões, reconheceremos e divulgaremos as iniciativas, inovadoras e inclusivas, que trarão melhorias para a organização.



Qualidade de Vida



Viabilizaremos através de parcerias internas, com o auxilio dos médicos, fisioterapeutas e nutricionistas, iniciativas e suporte aos colaboradores por meio de ações que o conscientizam, sobre a importância de cuidar da saúde







Reunião de Resultados



Uma vez por semana realizaremos uma reunião com todos que atuam na Policlínica, com objetivo de expor os pontos fortes e de melhoria. Todas as diretorias participam, e na impossibilidade, os líderes organizarão um rodízio e viabilizarão que os colaboradores participem ao menos de um evento durante o ano.

Todos que atuam nas policlínicas são capazes de compreender as metas estipuladas, onde contribuem para alcançá-las e como manter os índices de excelência.

Celebraremos!



As confraternizações têm um impacto muito positivo sobre o rendimento dos colaboradores. A celebração tem a tendência de unir colegas e estimular a comunicação entre as pessoas, sendo uma maneira eficiente de promover a integração entre os colaboradores, diretores e gerentes das empresas.

Pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações



"O Clima Organizacional é determinado pelos estilos de liderança e administração, bem como pela estrutura organizacional, contribuindo

para moldar o comportamento dos indivíduos para afiliação, poder ou realização na organização".

David Clarence McClelland

As pessoas são o ativo mais importante no IMED e o desempenho de cada um deles na POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA, será resultado de sua competência, assim como da motivação que possui para realizar o trabalho.

Toda Instituição deve criar, manter e desenvolver um contingente de recursos humanos com habilidade e motivação para realização de seus objetivos.

Acreditamos que o clima organizacional é uma atmosfera do ambiente de trabalho que se refere a uma complexa rede de expectativas e percepções individuais e de grupo, permeada por referências estratégicas, organizacionais e por componentes estruturais do contexto do trabalho, que orienta e determina o comportamento de seus integrantes, criando um ambiente com características próprias.

Administrar o clima na POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA, será também é uma ação estratégica fundamental, pois é através dele que mediremos a motivação dos colaboradores, o senso de pertencimento, diminuição de conflitos, dentre outros.

Para constatar se nossas ações que beneficiam e favorecem o bem-estar do colaborador em nossa instituição atingem sua finalidade, é importante mapear o clima organizacional.

Partindo das premissas acima, o IMED por meio do Setor de Desenvolvimento Humano e Organizacional, possui um programa anual de pesquisa do clima organizacional.

O Programa tem por objetivo identificar o clima organizacional, verificando os índices de satisfação, insatisfação dos colaboradores e lideranças num determinado momento, visando a oportunidade de realizar melhorias continuas no ambiente de trabalho e nos resultados da organização.

Por meio da pesquisa de clima organizacional definiremos o uso das informações para:

- Apurar os pontos fortes da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO – FORMOSA e criar ações especificas para sua valorização e melhoria, tirando proveito de seus efeitos;
- Identificar os pontos críticos, produzindo resultados orientados às reais necessidades dos colaboradores;
- Fazer os colaboradores refletirem sobre suas realidades – seu desenvolvimento profissional e pessoal;
- Avaliar e reorientar as lideranças em torno dos mesmos objetivos.

✓ Mapear o clima classificando os participantes por cargo e área de atuação, analisando o grau de satisfação e insatisfação obtido nos itens a seguir:

a. Remuneração;
b. Condições de trabalho – fatores ambientais;
c. Desenvolvimento profissional;
d. Comunicação;
e. Conhecimento da cultura organizacional e desenvolvimento do trabalho;
f. Liderança;
g. Trabalho em equipe;
h. Fatores motivacionais.

A metodologia que será utilizada neste programa será a avaliação quantitativa, efetuada na forma de questionário dividido em 10 grupos com 107 itens.

A tabulação será pergunta por pergunta, demonstrada em cada variável pesquisada, classificada conforme o grau de satisfação e insatisfação e apresentada em relatório próprio.

Os resultados são apresentados a diretoria em forma de relatório, por meio de quadros comparativos e gráficos.

Cada colaborador será convidado a participar da pesquisa por sua liderança que entregará o questionário após a campanha interna de divulgação com total sigilo e anonimato.

A periodicidade da pesquisa será anual ou quando se fizer necessário.

O prazo estimado para a compilação será de 60 dias corridos, a partir da data de entrega dos questionários.

A pesquisa ainda permitirá identificar o que pensam e sentem nossos colaboradores em relação as diferentes variáveis que afetam o clima. Com a implantação do respectivo programa mostramos aos colaboradores da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA, a preocupação do IMED em ouvi-los e, a partir daí, propomos ações de melhoria nos índices considerados insatisfatórios, gerando um ambiente de trabalho favorável ao bom desempenho da instituição.

Ressaltamos que um clima organizacional bem trabalhado proporcionará aos colaboradores da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA os seguintes benefícios:

- Retenção de talentos;
- Diminuição do índice de doenças psicossomáticas;
- Treinamentos sintonizados com os objetivos da empresa, gerando resultados;
- Alta produtividade;
- Melhoria na Comunicação Interna;

- Aumento do comprometimento dos colaboradores com a empresa (sentem-se responsáveis por ela) (coautores);
- Credibilidade;
- Integração – União;
- Diminui os "achismos";
- Evidencia aspectos da "área cega" das percepções organizacionais.

Cronograma para realização de pesquisa de clima

- Aprovação do instrumento para pesquisa				
- Elaboração de formulário eletrônico				
- Sensibilização do público interno				
- Aplicação da pesquisa				
- Tabulação dos resultados				
- Apresentação relatório final				

Indicadores

Os indicadores definidos para este programa serão:

- Nº de colaboradores que aderiram ao projeto;

- Percentual de satisfação dos colaboradores.

Plano de ação

O plano de ação advindo do resultado da pesquisa será escalonado, de acordo com a prioridade estabelecida pela diretoria, com medidas de curto, médio e longo prazo.

As medidas sugeridas pela diretoria e Gerência de Desenvolvimento Humano e Organizacional irão gerar ações de melhorias explicitadas por meio da ferramenta 5W2H.

Comunicação e resultado

Será elaborado um relatório geral da pesquisa para a diretoria que, após análise, norteará o setor de Desenvolvimento Humano e Organizacional quanto à divulgação dos resultados totais.

Definido isto, serão utilizados os meios adequados de comunicação da instituição para divulgar a pesquisa.

Se identificado algum ponto crítico, de imediato apresentaremos as ações corretivas sobre o que foi detectado na pesquisa e posteriormente apresentaremos um plano de ação completo.

Esta visa estreitar os laços de credibilidade junto ao IMED, favorecendo a adesão dos colaboradores em pesquisas futuras.

Modelo do questionário de pesquisa:

Pesquisa de Clima Organizacional

Prezado colaborador,

Ninguém melhor que você para nos ajudar a identificar como está nosso ambiente de trabalho.

Por isto, o convidamos a responder as questões abaixo relacionadas.

Trata-se de um questionário sigiloso, onde você não precisa identificar-se.

O importante é que, ao responder cada questão, você retrate sua realidade; não pense no que seria a resposta ideal, pois não existe resposta certa ou errada, o que existe é a sua realidade. Após o preenchimento deposite na urna, localizada na entrada de colaboradores.

Obrigado por colaborar conosco!
Diretoria de Recursos Humanos

Coloque um "x" na alternativa desejada

Perfil dos Colaboradores

Cargo

( ) Liderança ( ) Demais cargos

Área

( ) Administrativa ( ) Assistencial ( ) Comercial ( ) Apoio ( ) Médica

Tempo de hospital

( )Até 1 ano ( )De 1 a 3 anos ( )De 4 a 7 anos ( )De 8 a 11 anos ( )Mais de 12 anos

Sexo

( ) Masculino ( ) Feminino

Período de trabalho

( ) Diurno ( ) Noturno

Escolaridade

( ) 1º Grau Incompleto
( ) 1º Grau Completo
( ) 2º Grau Incompleto
( ) 2º Grau Completo
( ) Superior Incompleto
( ) Superior Completo
( ) Especialização
( ) Mestrado
( ) Doutorado

Faixa Etária

( ) Até 20 anos ( ) De 21 a 30 anos ( ) De 31 a 40 anos
( ) De 41 a 50 anos ( ) De 51 a 60 anos ( ) mais de 61 anos

1. Remuneração

1. Você acredita que, em geral, os salários pagos pelo IMED são:

( ) Superiores ao mercado ( ) Iguais ao mercado ( ) Inferiores ao mercado ( ) Não sei

2. Condições de trabalho – Fatores ambientais

2.1. Como está sua satisfação com o local do refeitório?

( ) Satisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Não utilizo

2.2. Como está sua satisfação com a refeição oferecida no refeitório?

( ) Satisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Não utilizo

2.3. Como está a sua satisfação com o lanche oferecido?

( ) Satisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Não utilizo

2.4. Como você classifica as instalações do vestiário?

( ) Adequadas ( ) Inadequadas

3. Desenvolvimento Profissional

3.1. O IMED lhe dá condições para continuar aprendendo?

( ) Sim, ótimas condições ( ) Poucas condições ( ) Nenhuma condição

3.2. No seu entendimento, a qualidade de treinamento oferecido é:

( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória

3.3. Seu líder apóia a sua participação em programas de treinamento?

( ) Sim, integralmente ( ) Às vezes, apóia ( ) Não tenho apoio

3.4. Você vê possibilidade de promoção no IMED:

( ) Sim ( ) Não

3.5. Na sua opinião as promoções de cargo no IMED possuem regras e critérios justos e de conhecimento de todos?

( ) Sim, são justos e claros ( ) Nem sempre são justos e claros
( ) Em alguns casos isolados são injustos e obscuros ( ) São injustos e obscuros

4. Comunicação

4.1. Coloque um "X" conforme você avalia a comunicação

Veículos	Não conheço	Bom	Ruim	Quando você utiliza		
				Sempre	às vezes	nunca
Card						
Mural do Setor						
Grupos						

5. Conhecimento da Cultura Organizacional e desenvolvimento do trabalho

5.1. Na sua opinião o seu trabalho contribui para a satisfação do cliente externo?

( )Sim, diretamente ( )Sim, indiretamente ( )Em alguns momentos ( )Não interfere em nada

5.2. Você conhece a cultura organizacional do IMED (Missão, Visão, Valores)?

( ) Sim e sei onde encontrar as informações ( ) Não conheço claramente
( ) Desconheço totalmente

5.3. Você conhece os programas de responsabilidade social do IMED?

( ) Sim ( ) Não conheço claramente ( ) Desconheço totalmente

5.4. Quando há alterações em seu processo de trabalho, você é informado?

( ) Sim ( ) Às vezes ( ) Não

5.5. Você conhece os procedimentos administrativos e técnicos necessários para o desenvolvimento de suas atividades profissionais?

( ) Sim e sei onde encontrar as informações ( ) Não conheço claramente
( ) Desconheço totalmente

6. Liderança

6.11 Assinale um "X" na nota que você atribui ao seu líder imediato:

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

6.12. Assinale um "X" na nota que você dá para sua diretoria de área.

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

3.5.3 Avaliação de Desempenho



Utilizaremos na POLICLÍNICA REGIONAL FORMOSA, a avaliação de desempenho como ferramenta de gestão de pessoas que analisará o desempenho individual e do grupo de colaboradores. Apreciamos de forma sistemática cada profissional em função das atividades que desempenham, das metas e resultados e/ou do comportamento durante um certo intervalo de tempo e do potencial de desenvolvimento.

Através deste processo, os líderes analisam o comportamento de seus colaboradores, para identificar pontos fortes e pontos a desenvolver, sendo possível, traçar planos de desenvolvimento focados nos *gaps* identificados e não adotamos apenas um modelo, utilizamos além da avaliação 360 graus, 180 graus, avaliação de equipe, avaliação de competências e sondagem local.

As descrições a seguir, do processo da Avaliação de Desempenho tem o objetivo de explicitar qual será a prática adotada pelo IMED nos processos do POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA, visando garantir que os processos ocorram na prática, conforme desenhados. Por meio destes documentos, as dúvidas referentes ao papel de DHO serão esclarecidas, bem como os modelos de formulários, e-mails e pautas de reuniões que serão utilizados em cada processo.

Gestão do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback

O processo tem por objetivo estabelecer as regras para avaliação de desempenho dos colaboradores.

O detalhamento do processo encontra-se nos documentos citados abaixo, bem como em seus fluxos e anexos:

- Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback
- Normativo de Avaliação de Desempenho e Feedback

Responsabilidades do DHO:

- Orientar todos os profissionais a respeito do processo, apresentando os formulários, as etapas, e fazendo a relação com os valores do POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA;
- Participar do processo de definição e/ou revisão do planejamento estratégico da Policlínica, onde serão definidos os macro-objetivos;
- Relembrar os diretores na época da definição das metas, para que sejam cascateadas a todos os colaboradores da Policlínica;
- Acompanhar o processo de contratação das metas junto aos colaboradores, para garantir que o prazo final e o processo sejam cumpridos. Utilizar uma tabela como a abaixo, para o controle de entrega dos documentos deste processo, marcando "Sim" ou "Não" para cada gestor, de todos os níveis hierárquicos (alterar os nomes dos gestores conforme a necessidade):

	Documentos recebidos dos gestores		
Gestores	Metas contratadas	Avaliação Anual	Acompanhamento Anual
	Prazo 28/fev	Prazo 31/dez	Prazo 31/dez
Gestor A			
Gestor B			

- Arquivar os documentos com as metas definidas, recebidos dos gestores, na pasta de cada colaborador;
- Colocar-se à disposição dos gestores e colaboradores para o esclarecimento de dúvidas em relação ao feedback semestral, acompanhamento semestral, preenchimento da autoavaliação e da avaliação anual;
- Arquivar os documentos com as avaliações preenchidas e assinadas, recebidos dos gestores, na pasta de cada profissional;
- Reforçar com cada gestor que não entregar os documentos da sua equipe na data combinada, a necessidade de fazê-lo, para que o processo seja cumprido e os valores da Policlínica sejam respeitados.

Cronograma

A tabela abaixo aplica-se a todos os níveis hierárquicos, sendo cada gestor responsável pela documentação da sua equipe direta.

Janeiro e Fevereiro	- Cascateamento de metas - Contratação de metas
Julho	- Feedback Semestral - Acompanhamento Semestral
Dezembro	- Autoavaliação - Avaliação Anual - Acompanhamento Anual

Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback

Contratação das Metas

Objetivo

Garantir que toda a equipe da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA esteja alinhada com os objetivos da instituição.

Utilização

Com base no planejamento estratégico, em geral definido e/ou revisado no mês de outubro, para aplicação no ano seguinte, o Diretor Geral deverá definirá os principais macro-objetivos do ano seguinte.

Após essa definição, esses macro-objetivos serão convertidos em ações tangíveis para serem cascateados aos seus diretos.

No início do ano, os demais Diretores definirão suas próprias metas e cascateá-las aos seus diretos, e assim sucessivamente.

Cada nível hierárquico deverá ter uma meta vinculada à do seu líder, além de definir metas próprias baseadas na forma que poderá atuar para alcançar os objetivos da Policlínica.

Toda a equipe da Policlínica deverá ter suas metas definidas até o final do mês de fevereiro.



Tabela de Competências

Objetivo

Ter todas as informações para a Avaliação de Desempenho Anual e para o processo de Reconhecimento de Desempenho dos colaboradores diretos

Utilização

Este formulário deverá ser utilizado como uma referência das atitudes esperadas de todos os colaboradores.

Tabela

Compromisso com a Excelência

Trabalha de forma comprometida e engajada, agindo com conduta ética e exemplar, contribuindo com o fortalecimento da imagem da Policlínica.

Comportamentos de Referência:

- Adota comportamentos coerentes com os valores da Policlínica e influencia outras pessoas a praticá-los em seu dia a dia no trabalho;
- Utiliza e otimiza os recursos da Policlínica de forma adequada e responsável;
- Tem visão ampla da situação e atua com empenho e agilidade para resolvê-la, mesmo quando fora do seu escopo de atuação;
- Enfrenta as situações, assume a responsabilidade e toma decisões, ainda que pareçam difíceis e impopulares.

Relacionamento Humanizado

Compreende as necessidades considerando os diferentes perfis e exigências dos pacientes e colegas, e oferece respostas e soluções apropriadas. Sabe ouvir, considera as percepções dos pacientes, utilizando-as para aprimorar o relacionamento com eles. Atua com humanização nos atendimentos que realiza.

Comportamentos de Referência

- Consciente do impacto de sua atuação no relacionamento com os pacientes, prioriza as ações e/ou soluções de maior relevância;
- Mobiliza e influencia os colegas de trabalho na realização e entrega dos serviços, de acordo com a necessidade de cada paciente;
- Possui agilidade para implantar as ações e soluções necessárias para atender os pacientes, superando suas expectativas;
- É referência no atendimento humanizado;
- Antecipa soluções e busca o entendimento da real necessidade do paciente para propor alterativas adequadas, estabelecendo uma relação de confiança.

Visão Sistêmica

Demonstra interesse e habilidade para trabalhar em parceria com pessoas, dentro e fora da área de atuação, contribuindo e buscando sinergia entre os processos de trabalho para o alcance de resultados.

Comportamentos de Referência

- Trabalha de forma integrada e participativa com outras pessoas, de sua equipe ou de outras equipes;
- Identifica oportunidades de sinergia entre processos / áreas e estabelece links para o alcance dos resultados;
- Lida com os conflitos, buscando construir acordos viáveis à consecução dos objetivos;
- Compartilha as informações e conhecimentos sobre métodos, processos e recursos para o benefício de todos.
- Estimula o aprendizado coletivo e incentiva atitudes de mútua cooperação;
- É cooperativo. É solícito. Ajuda e apoia os colegas de trabalho, dentro e fora da área de atuação. Tem visão sistêmica sobre suas atribuições e envolve as áreas para que os objetivos comuns sejam alcançados.

Planejamento e Resultados

Tem foco, energia e capacidade de entrega, respeitando prazos, custos e qualidade, melhorando continuamente os processos, sem perder de vista a sustentabilidade do negócio.

Comportamentos de Referência

- Identifica com agilidade os problemas atuais e futuros e propõe alternativas adequadas;
- Justifica e fundamenta as propostas e soluções com profundidade técnica e processual, com foco na melhoria contínua e no melhor aproveitamento de recursos;
- Avalia os impactos ao planejar e viabilizar implantação de inovações e/ou melhorias;
- Busca superar indicadores de qualidade e desempenho.
- Tem senso de urgência e capacidade de entrega, mobilizando também outras pessoas, por sua disposição e energia em fazer;
- Define de maneira clara os objetivos e indicadores, monitorando o processo e os resultados;
- Busca a simplicidade nos processos, entregando melhores resultados;
- Elabora orçamento e administra-o de forma efetiva, identificando oportunidades para a redução de custos.

Pauta do Feedback Semestral

Objetivo

Conversar com o colaborador, para trocar as percepções a respeito do trabalho da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA. Neste feedback, será importante tratar dos seguintes temas:

- Percepção do colaborador a respeito das suas atividades da Policlínica – ouvir sobre realizações, expectativas, sugestões

de melhorias, reforços positivos, apoio necessário etc. Sempre baseada em exemplos;

- Percepção do Gestor a respeito das atividades realizadas pelo colaborador – ouvir sobre realizações percebidas, alinhamento de expectativas, possibilidades de desenvolvimento. Sempre baseada em exemplos.

Utilização

Este feedback deverá ser realizado com todos os colaboradores, minimamente à cada semestre. A duração de cada feedback deverá ser entre 30 (trinta) e 60 (sessenta) minutos, de acordo com a necessidade e disponibilidade de realização.

Observação: É importante que este momento de fato ocorra semestralmente, para que a cultura de humanização seja valorizada em todas as atividades da Policlínica.

Pauta proposta do feedback

- Verifique com o colaborador como ele se viu durante todo o semestre, quais exemplos de ações positivas realizadas e ações que poderiam ser melhor conduzidas;
- Informe como você (Gestor) o percebeu, também com base em exemplos;
- Acordem sobre ações de desenvolvimento que possam ser realizadas pelo colaborador;
- Ouça sugestões para melhoria dos processos da Policlínica, caso o colaborador as tenha;
- Esclareça as dúvidas que o colaborador possa ter;
- Coloque-se à disposição para o que ele necessitar.

Pauta do Acompanhamento Semestral

Objetivo

Conversar com os colaboradores, para trocar as percepções a respeito da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA.

Neste momento será importante tratar dos seguintes temas:

- Percepção dos colaboradores a respeito das suas atividades da Policlínica – ouvir sobre realizações, expectativas, sugestões de melhorias, reforços positivos, apoio necessário etc... Sempre baseada em exemplos.
- Percepção do Gestor da Área a respeito das atividades realizadas pelos colaboradores, ouvir sobre realizações percebidas, alinhamento de expectativas, possibilidades de desenvolvimento. Sempre baseada em exemplos.

Utilização

Esta conversa deverá ser realizada com todos os colaboradores, minimamente à cada semestre. A duração de cada uma deverá ser entre 30 (trinta) e 60 (sessenta) minutos, de acordo com a necessidade e disponibilidade de realização.

Pauta proposta da conversa

- Verifique com os colaboradores como eles se virão durante todo o semestre, quais exemplos de ações positivas realizadas e ações que poderiam ser melhor conduzidas;
- Informe como você (Gestor da Área) o percebeu, também com base em exemplos;
- Acordem sobre ações que poderá focar, para desenvolver suas atividades da melhor forma possível;
- Ouça sugestões para melhoria dos processos da Policlínica, caso as tenha;
- Esclareça as dúvidas que o possa ter;
- Coloque-se à disposição para o que ele necessitar.

Avaliação de Indicadores

Objetivo

Definir a nota de avaliação de cada colaborador.

Utilização

Esta avaliação deverá ser realizada anualmente.

Processo de Definição das Notas

As notas deverão ser divididas em:

- Competências: para sua definição, utilizar a Tabela de Competências como guia;
- Metas: para sua definição, utilizar as metas acordadas com cada Colaborador.

Avaliação das Metas

As notas deverão ser de 1 (um) à 5 (cinco), sendo:

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

Avaliação das Competências

As notas deverão ser de 1 (um) à 5 (cinco), sendo:

1 – Não atendeu as competências

2 – Atendeu parcialmente as competências

3 – Atendeu todas as competências

4 – Superou as expectativas nas competências

5 – Excedeu as expectativas nas competências

Cada colaborador receberá duas notas, sendo uma para metas e outra para competências.

Formulário de Avaliação Anual

Objetivo

Concentrar em um único local todas as informações sobre as metas contratadas, seus resultados; as competências e seus exemplos.

Utilização

Este formulário é aplicável apenas aos colaboradores, em todos os níveis hierárquicos, e deverá ser preenchido em dois momentos:

- No início do ano, com a descrição de cada meta contratada e aprovada;
- No final do ano, com a inclusão dos resultados das metas e dos exemplos de cada competência.

Referente às metas, é importante que elas sejam:

- Específicas;
- Mensuráveis;
- Atingíveis;
- Relevantes;
- Tempo (prazo definido).

Observação: Todas as informações entre parênteses deverão ser alteradas conforme a necessidade, bem como os campos em branco deverão ser preenchidos.

Modelo de Avaliação Anual

IMED	**FORMULÁRIO**	**Código:** FM.IMED.GEP.XXX
		Data: 12/04/2021
	AVALIAÇÃO ANUAL	**Revisão:** 00
		Página: 1 de 3

Nome:_____
Cargo:_____
Diretoria:_____
Área:_____
Gestor Imediato:_____
Ano:_____

Metas

Meta 1: (Nome da Meta 1)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 2: (Nome da Meta 2)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 3: (Nome da Meta 3)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 4: (Nome da Meta 4)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 5: (Nome da Meta 5)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Competências

COMPROMISSO COM A EXCELÊNCIA
Autoavaliação
Nota: (Colaborador preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações onde esta competência foi demonstrada)
Avaliação do Gestor
Nota: (Gestor preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações onde esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

RELACIONAMENTO HUMANIZADO
Autoavaliação
Nota: (Colaborador preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Avaliação do Gestor
Nota: (Gestor preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações onde esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

VISÃO SISTÊMICA
Autoavaliação
Nota: (Colaborador preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Avaliação do Gestor
Nota: (Gestor preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

PLANEJAMENTO E RESULTADOS
Autoavaliação
Nota: (Colaborador preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Avaliação do Gestor
Nota: (Gestor preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

AVALIAÇÃO FINAL

Metas:
Competências:

Colaborador	***Gestor***	***Gestor de RH***

Formulário de Acompanhamento Anual

Objetivo

Concentrar em um único local todas as informações sobre as metas contratadas, seus resultados; as competências e seus exemplos.

Utilização

Este formulário é aplicável aos colaboradores e deverá ser preenchido em dois momentos:

- No início do ano, com a descrição de cada meta contratada e acordada;
- No final do ano, com a inclusão dos resultados das metas e dos exemplos de cada competência.

Referente às metas, é importante que elas sejam:

- Específicas;
- Mensuráveis;
- Atingíveis;
- Relevantes;
- Tempo (prazo definido).

Observação: Todas as informações entre parênteses deverão ser alteradas conforme a necessidade, bem como os campos em branco deverão ser preenchidos.

Modelo de Acompanhamento Anual

IMED	**FORMULÁRIO**	Código: IM.IMED.GEP.XXX
		Data: 12/04/2021
	ACOMPANHAMENTO ANUAL	Revisão: 00
		Página: 1 de 2

Nome: _____
Cargo: _____
Diretoria: _____
Área: _____
Gestor Imediato: _____
Ano: _____

Metas

Meta 1: (Nome da Meta 1)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 2: (Nome da Meta 2)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 3: (Nome da Meta 3)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 4: (Nome da Meta 4)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Meta 5: (Nome da Meta 5)
Meta Vinculada: (Macro-objetivo ao qual a meta está vinculada)
Principais Ações: (Descrever as principais ações que deverão ser feitas para que a meta seja entregue)
Critério de Avaliação: (Definir os critérios de como a meta será avaliada, quando ela receberá as notas 1, 2, 3, 4 e 5)
Peso: (Informar qual o peso desta meta, em percentual. A somatória dos pesos de todas as metas deverá totalizar 100%.)

Competências

COMPROMISSO COM A EXCELÊNCIA
Nota: (Gestor da Área preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

RELACIONAMENTO HUMANIZADO
Nota: (Gestor da Área preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

VISÃO SISTÊMICA
Nota: (Gestor da Área preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

PLANEJAMENTO E RESULTADOS
Nota: (Gestor da Área preenche com a nota que considera adequada, de acordo com os exemplos e a Tabela de Competências)
Exemplos: (Descrever aqui os exemplos de situações em que esta competência foi demonstrada)
Nota Final:

AVALIAÇÃO FINAL

Metas:
Competências:

_____	_____	_____
Colaborador	*Gestor*	*Gestor de RH*

Painel de Resultados

Objetivo

Inserir as avaliações de todos os colaboradores em um único local, para obter uma visão geral dos resultados de cada colaborador, contratado e es públicos, em um determinado do ano.

Utilização

Este material será utilizado para verificar como estão classificados os profissionais da equipe na POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA.

Anexos do Processo de Plano de Carreira

Matriz da Gestão de Talentos

Objetivo

Visualizar todos os colaboradores da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA, distribuídos de acordo com os resultados entregues no ano anterior.

Utilização

Esta matriz será utilizada como base para a tomada de decisão a respeito do desenvolvimento de carreira dos seus colaboradores, colaboradores e es públicos bem como para retenção de talentos.

Modelo da Matriz

Competências	GAP	Esperado	Diferenciado	Destaque
	Performance com gap Comportamento destacado	Performance esperada Comportamento destacado	Performance diferenciada Comportamento destacado	Performance excepcional Comportamento Destacado
	Performance com gap Comportamento esperado	Performance esperada Comportamento esperado	Performance diferenciada Comportamento esperado	Performance excepcional Comportamento Esperado
	Performance com gap Comportamento com gap	Performance esperada Comportamento com gap	Performance diferenciada Comportamento com gap	Performance excepcional Comportamento com gap
	Metas			

Definições dos Quadrantes

Performance

É o exercício e atuar, desempenhar algo.

- **Performance com Gap:** quando o desempenho está abaixo do esperado para a função, ou seja, os resultados que o colaborador está entregando estão sensivelmente inferiores aos padrões do cargo que ocupa.
- **Performance Esperada:** os resultados conquistados pelo Colaborador ou enquadram-se nos padrões do cargo que ocupa. Atende a expectativa nos trabalhos que efetua.
- **Performance Diferenciada:** são bons resultados que costumam estar acima dos padrões do cargo que ocupa. Supera-se a expectativa quanto aos resultados entregues.
- **Performance Excepcional:** destaca-se de forma especial por conseguir excelentes resultados, geralmente, muito superiores aos padrões habituais da função que ocupa.

Comportamento

É o movimento ou a reação em relação ao ambiente ou a determinada situação. Como se realizam as atividades, desafios e gestão.

- **Comportamento com Gap:** são ações e/ou atitudes que estão abaixo do esperado para função. Na maioria das vezes, precisam ser desenvolvidas.
- **Comportamento Esperado:** são atitudes que estão na maturidade adequada e que atendem aos requisitos essenciais. Ainda assim, pode haver pontos que necessitam de desenvolvimento.
- **Comportamento Diferenciado:** são comportamentos que estão em maturidade plena. Quando o Colaborador ou é visto como um exemplo de atitude pelos pares, gestores e subordinados.

Modelo de Carreira

Objetivo

Criar possibilidade de desenvolvimento de carreira em "Y", reconhecendo e valorizando conhecimentos específicos.

Utilização

Este modelo deverá balizar todo o conceito de desenvolvimento de carreira, meritocracia e gestão de talentos para os colaboradores.

Modelo de Carreira

<table>
<tr><td></td><td></td><td>CARREIRA DE GESTÃO</td><td>CARREIRA TÉCNICA</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Estratégico</td><td rowspan="2">Gestão</td><td>Diretor</td><td rowspan="2">Especialista</td></tr>
<tr><td>Gerente</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Tático</td><td rowspan="2">Liderança</td><td colspan="2">Supervisor</td></tr>
<tr><td>Analista</td><td>Líder</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Técnico</td><td colspan="2">Técnico</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Operacional</td><td rowspan="2">Operacional</td><td>Assistente</td><td>Operador</td></tr>
<tr><td>Auxiliar</td><td>Auxiliar</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>ADMINISTRAÇÃO</td><td>EXECUÇÃO</td></tr>
</table>

Distribuição das Carreiras

Carreira de Gestão

Formação profissional voltada para tornar-se um líder de equipe. Aplica-se aos seguintes cargos, da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA:

Cargo Atual	Possibilidade de Crescimento	Observação
Diretor Administrativo	Diretor Geral	O crescimento só será possível se o candidato preencher todos os requisitos da vaga e for aprovado no Processo de Recrutamento Interno.
Diretor Assistencial		
Diretor Técnico		
Gerência Administrativa	Diretor Administrativo	
Gerência de Recursos Humanos		
Gerência Financeira		
Gerência Assistencial		
Coordenações Administrativas	Gerência Administrativa, Gerência de RH, Gerência Financeira, Gerência Assistencial, Gestor da Qualidade	
Coordenações de Recursos Humanos		
Coordenações Financeiras		
Coordenações Assistenciais		
Analistas	Especialistas ou Coordenações	
Assistentes ou Técnicos	Analistas ou Especialistas	
Auxiliares	Assistentes	

Para que ocorra o crescimento profissional, os colaboradores que exercem cargos de auxiliares, assistentes e técnicos, devem concluir o ensino superior.

Fórum de Talentos

Objetivo

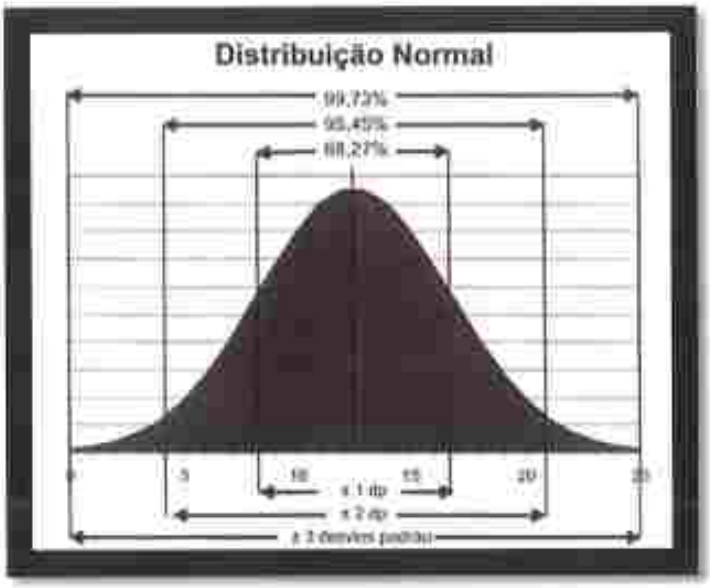
Definir os colaboradores que foram destaques ao longo de todo ano. Deste fórum sairão os nomes de todos que serão contemplados, limitado à 5% do quadro total de pessoal da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA.

Utilização

Este processo deverá ser realizado anualmente, após a Avaliação Anual dos colaboradores.

Observação:

- Os 5p.p. (cinco pontos percentuais) de profissionais reconhecidos, baseia-se na Curva de Distribuição Normal, conforme imagem abaixo:



- Em caso de empate, os critérios de desempate serão os seguintes, respeitando a ordem:
  - ✓ Nota de Avaliação do item "Relacionamento Humanizado"
  - ✓ Nota de Avaliação do item "Compromisso com a Excelência"

Participantes

Para a realização do fórum, é fundamental o preparo dos Diretores, no sentido de realmente conhecerem suas equipes, para defenderem os seus Colaboradores.

O Gestor do DHO terá um papel neutro neste fórum, atuando como um mediador. Ele apresentará o Painel de Resultados (item 2.9 do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback). Serão checados as posturas e os comportamentos dos melhores colaboradores (5%).

Além dos resultados dos trabalhos realizados pelos, será considerado aqui como ele é visto perante os pares, colegas, outros líderes e pacientes. Para esta avaliação, considerar como base a Tabela de Competências (item 2.3 do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback).

Pauta do Retorno do Fórum de Talentos

Objetivo

Dar uma clara visão ao colaborador sobre:

- Como ele ficou posicionado na matriz de talentos;
- As percepções do colegiado (Diretores e RH);
- Itens importantes para serem trabalhados no plano de desenvolvimento.

Utilização

Este retorno deverá ser dado a todos os colaboradores, tão logo seja concluído o fórum de talentos.

Os Diretores conversarão com os seus diretos, informando a posição dele e de todos os demais integrantes da equipe. Estes conversarão com os seus diretos, e assim sucessivamente.

Pauta proposta do feedback

- Verifique com o colaborador como ele se vê em relação aos demais;

- Informe como o colegiado o percebeu. Se possível, utilize exemplos para esclarecer as percepções;
- Acordem sobre ações de desenvolvimento que possam ser realizadas pelo Colaborador;
- Esclareça as dúvidas que os colaboradores possam ter;
- Coloque-se à disposição para o que ele necessitar.

Formulário de Plano de Desenvolvimento

Objetivo

Identificar e definir os comportamentos, habilidades e atitudes que receberão atenção especial do colaborador durante o próximo período de avaliações; bem como o que ele irá fazer para aprimorar esses itens.

Utilização

Este formulário é aplicável aos colaboradores, em todos os níveis hierárquicos, e deverá ser preenchido após a realização da Avaliação Anual, da definição de metas e do Fórum de Talentos.

Este formulário servirá como apoio para que o colaborador permaneça focado no desenvolvimento da sua carreira, dando passos estrategicamente pensados e não se deixando levar por escolhas aleatórias que podem conduzi-lo a qualquer lugar.

Para cada item a ser trabalhado, o colaborador irá definir a forma de atuação dele, que poderá ser:

- Ações Formais
- Participação em treinamentos, cursos e palestras;
- Processo de *coaching*, quando receberá atenção individualizada, com técnicas para aprimorar suas habilidades e atitudes;
- Processo de tutoria, onde um profissional experiente servirá como referência ao colaborador, apoiando-o.
- Ações Informais:

- Vídeos, *podcast* e livros que abordem claramente os temas desejados;
- Conversas com outro colaborador que seja referência no ponto a ser desenvolvido;
- Ações estruturadas que apoiem a mudança de atitudes e o incremento de novos comportamentos.

O Gestor deverá estar ciente de todas as ações que o colaborador propôs em seu Plano de Desenvolvimento, para que possa garantir o alinhamento com as metas e expectativas na Policlínica, bem como apoiá-lo nas execuções.

Aspectos Importantes

- Aprendizado de um adulto se dá continuamente, quer ele esteja ciente do processo ou não;
- Um Plano de Desenvolvimento elaborado de forma criteriosa, leva às mudanças duradouras e efetivas no comportamento da pessoa;
- Foque em poucas ações, pois elas exigirão extrema atenção do Colaborador em sua rotina diária.

Observação: Todas as informações entre parênteses deverão ser alteradas conforme a necessidade, bem como os campos em branco deverão ser preenchidos.

Modelo de Plano de Desenvolvimento

	FORMULÁRIO	Código: IM.IMED.GEP.XXX
		Data: 12/04/2021
	PLANO DE DESENVOLVIMENTO	Revisão: 00
		Página: 1 de 1

Nome: _____
Cargo: _____
Diretoria: _____
Área: _____
Gestor Imediato: _____
Ano: _____

Oportunidade de desenvolvimento / *fortalecimento*

Ação 1: (Nome da Ação 1)
Descrição da ação: (Descrever a ação que será tomada)
Data da implementação: (Informar quando esta ação será implementada)
Competência atrelada: (Informar qual competência está relacionada com esta ação, de acordo com a Tabela de Competências – item 2.3 do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback)

Ação 2: (Nome da Ação 2)
Descrição da ação: (Descrever a ação que será tomada)
Data da implementação: (Informar quando esta ação será implementada)
Competência atrelada: (Informar qual competência está relacionada com esta ação, de acordo com a Tabela de Competências – item 2.3 do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback)

Ação 3: (Nome da Ação 3)
Descrição da ação: (Descrever a ação que será tomada)
Data da implementação: (Informar quando esta ação será implementada)
Competência atrelada: (Informar qual competência está relacionada com esta ação, de acordo com a Tabela de Competências – item 2.3 do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback)

Ação 4: (Nome da Ação 4)
Descrição da ação: (Descrever a ação que será tomada)
Data da implementação: (Informar quando esta ação será implementada)
Competência atrelada: (Informar qual competência está relacionada com esta ação, de acordo com a Tabela de Competências – item 2.3 do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback)

Ação 5: (Nome da Ação 5)
Descrição da ação: (Descrever a ação que será tomada)
Data da implementação: (Informar quando esta ação será implementada)
Competência atrelada: (Informar qual competência está relacionada com esta ação, de acordo com a Tabela de Competências – item 2.3 do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback).

_____ _____
Colaborador ***Gestor***

Cargos por Carreira

Objetivo

Criar possibilidade de desenvolvimento de carreira em "Y", reconhecendo e valorizando conhecimentos específicos.

Utilização

Este modelo deverá balizar todo o conceito de desenvolvimento de carreira, meritocracia e gestão de talentos, para os colaboradores.

Modelo de Carreira

<table>
<tr><td></td><td></td><td>CARREIRA DE GESTÃO</td><td>CARREIRA TÉCNICA</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Estratégico</td><td rowspan="2">Gestão</td><td>Diretor</td><td rowspan="2">Especialista</td></tr>
<tr><td>Gerente</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Tático</td><td rowspan="2">Liderança</td><td colspan="2">Coordenador</td></tr>
<tr><td>Analista</td><td>Líder</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Técnico</td><td colspan="2">Técnico</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Operacional</td><td rowspan="2">Operacional</td><td>Assistente</td><td>Operador</td></tr>
<tr><td>Auxiliar</td><td>Auxiliar</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>ADMINISTRAÇÃO</td><td>EXECUÇÃO</td></tr>
</table>

Distribuição das Carreiras

Carreira de Gestão

Formação profissional voltada para tornar-se um líder de equipe. Aplica-se aos seguintes cargos, da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA:

- Diretor Administrativo;
- Diretor Assistencial;
- Diretor Técnico;
- Gerência Administrativa;
- Gerência de Recursos Humanos e DHO;
- Gerência Financeira;
- Gerência Assistencial;
- Coordenações Administrativas;
- Coordenações de Recursos Humanos e DHO;
- Coordenações Financeiras;
- Coordenações Assistenciais.

Carreira Técnica

Formação do profissional é focada em tornar-se um especialista na sua atividade. Aplica-se aos seguintes cargos, da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA:

- Especialistas;
- Enfermeiros;
- Nutricionistas;
- Fisioterapeutas;
- Assistente Social;
- Farmacêuticos;
- Técnicos;
- Analistas;
- Assistentes;
- Auxiliares.

Processo de Reconhecimento por Resultados

Modelo de Carta de Reconhecimento

Objetivo

Reconhecer os profissionais que tiveram uma atuação diferenciada no primeiro semestre no ano, contribuindo para garantir a qualidade dos serviços da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA.

Utilização

Semestralmente, durante a realização do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback, após os itens:

- Feedback Semestral – Colaborador.

Observações: os campos entre parênteses deverão ser alterados de acordo com cada situação.

Modelo da Carta de Reconhecimento

(Nome do Colaborador),

Agradecemos a atuação diferenciada que você teve na (descrever a situação que levou ao reconhecimento), durante o primeiro semestre deste ano. Você demonstrou compreensão dos valores do hospital, e contribuiu com este exemplo de como vivenciá-los.

Continue realizando seu trabalho com esse nível de qualidade, isso só tem a contribuir com o desenvolvimento da sua carreira.

Equipe de RH,

Unidade xxx

Pauta da Reunião Estratégica

Objetivo

Manter na POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA, uma equipe de profissionais diferenciada, com Compromisso com a Excelência, e que busca, constantemente, se reciclar e crescer.

Utilização

Essa reunião será realizada anualmente, após a finalização do item 3.2 Matriz da Gestão de Talentos, do Processo de Plano de Cargos e Carreira.

O DHO conversará com os Diretores, discutindo os principais quadrantes da matriz.

Pauta proposta da reunião

Avaliar os colaboradores que estão nos quadrantes de GAP, que são:

- **Performance com gap / Comportamento destacado:** forte acompanhamento junto aos profissionais que estão neste quadrante, para que melhorem sua produtividade. Pensar na possibilidade de uma movimentação, sugerindo ao profissional que exerça outra atividade, mais condizente com o seu modo de atuação. Para tanto:
  - Verificar o que o profissional quer / espera de sua carreira;
  - Esclarecer como ele a está conduzindo;
  - Caso se interesse por uma alteração de cargo, sugerir que ele se candidate no próximo processo de recrutamento interno que for aberto para a vaga de interesse;
  - Até que a vaga seja aberta, reforçar que ele deverá se dedicar para ter uma melhor performance.
- **Performance com gap / Comportamento esperado:** forte acompanhamento junto aos profissionais que estão neste quadrante, para que melhorem sua produtividade. Pensar na possibilidade de um processo de *coaching* ou *mentoring*, dependendo do nível estratégico do profissional.
  - Nível estratégico – ponderar o cargo que o profissional ocupa em relação ao retorno que ele traz.

- **Performance com gap / Comportamento com gap:** avaliar o desligamento dos profissionais neste quadrante;
- **Performance esperada / Comportamento com gap:** acompanhamento junto aos profissionais que estão neste quadrante, para que melhorem seu comportamento.
- **Performance diferenciada / Comportamento com gap:** forte acompanhamento junto aos profissionais que estão neste quadrante, para que melhorem seu comportamento. Pensar na possibilidade de um processo de *coaching* ou *mentoring*, dependendo do nível estratégico do profissional.
  - Nível estratégico – ponderar o cargo que o profissional ocupa em relação ao retorno que ele traz.
- **Performance excepcional / Comportamento com gap:** forte acompanhamento junto aos profissionais que estão neste quadrante, para que melhorem seu comportamento. Pensar na possibilidade de um processo de *coaching* ou *mentoring*, dependendo do nível estratégico do profissional.
  - Nível estratégico – ponderar o cargo que o profissional ocupa em relação ao retorno que ele traz.
  - Avaliar os colaboradores que estão nos quadrantes esperados, que são:
  - Performance esperada / Comportamento destacado: acompanhamento junto aos profissionais que estão neste quadrante, para que, no próximo ano, migrem para os quadrantes diferenciados ou destaque. Pensar na possibilidade de propor participação em treinamentos para estes profissionais.
  - Performance esperada / Comportamento esperado: acompanhamento junto aos profissionais que estão neste quadrante, para que, no próximo ano, migrem para os quadrantes diferenciados ou destaque. Pensar na possibilidade de propor uma escala de trabalho diferenciada.
  - Avaliar os colaboradores que estão nos quadrantes diferenciados, que são:
- **Performance diferenciada / Comportamento destacado:** reconhecer este profissional com ações que sejam de seu interesse, como participações em treinamentos e/ou em congressos da área;
- **Performance diferenciada / Comportamento esperado:** acompanhamento junto aos profissionais que estão neste quadrante, para que aprimorem seu comportamento. Pensar na possibilidade de participação em treinamentos;
- **Performance excepcional / Comportamento esperado:** acompanhamento junto aos profissionais que estão neste quadrante, para que aprimorem seu comportamento. Pensar na possibilidade de um processo de *coaching* ou *mentoring*, dependendo do nível estratégico do profissional.

- Nível estratégico – ponderar o cargo que o profissional ocupa em relação ao retorno que ele traz.
- Os profissionais do quadrante de destaque, receberão outras formas de reconhecimento.

Painel de Reconhecimentos

Objetivo

Visualizar em um painel todas as formas de reconhecimento praticadas pela POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA.

Utilização

Este material deverá ser utilizado como fonte de consulta sempre que necessário.

Painel de Reconhecimentos

Reconhecimento	Fonte	Público	Periodicidade	Processos relacionados
Promoção	Processo Seletivo	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretores.	Conforme disponibilidade de vagas	1. Processo de Recrutamento e Seleção
Carta de Reconhecimento	Feedback Semestral e Acompanhamento Semestral	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretores.	Semestral	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback 4. Processo de Reconhecimento por Resultados
Apresentação de trabalho na Secretaria de Saúde	Matriz de Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretor Operacional	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira 4. Processo de Reconhecimento por Resultados

Publicação de artigo	Matriz de Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretor Operacional.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira 4. Processo de Reconhecimento por Resultados
Palestras para estudantes	Matriz de Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretor Operacional.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira 4. Processo de Reconhecimento por Resultados
Benchmarking em outro hospital de referência	Matriz de Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretor Operacional.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira 4. Processo de Reconhecimento por Resultados
Mérito	Matriz da Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto Diretor Operacional.	Anual	2. Processo de Avaliação do Desempenho e Feedback 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira 4. Processo de Reconhecimento por Resultados

Movimentação	Matriz da Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto os Diretores.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira 4. Processo de Reconhecimento por Resultados
Participações em Treinamentos	Matriz da Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto os Diretores.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira 4. Processo de Reconhecimento por Resultados
Participações em Congressos	Matriz da Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos, exceto os Diretores.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira 4. Processo de Reconhecimento por Resultados
Esquema diferenciado de Escala e Plantões	Matriz da Gestão de Talentos	Todos os níveis hierárquicos que trabalham em regime de escala e/ou plantões.	Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback 3. Processo de Plano de Cargos e Carreira 4. Processo de Reconhecimento por Resultados

Indicadores de Reconhecimento

Objetivo

Visualizar em um painel os principais indicadores de reconhecimento utilizados como fonte para o reconhecimento dos colaboradores da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA.

Utilização

Este material deverá ser utilizado como fonte de consulta sempre que necessário. Para compreender como avaliar cada um desses indicadores, consultar o item 2.6 Indicadores de Resultados do Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback.

Indicadores de Reconhecimento

Indicadores	Fonte	Processos relacionados
Elogio formal dos pacientes e/ou acompanhantes	Relacionamento Humanizado	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback
Competência Compromisso com a Excelência	Avaliação Anual e Acompanhamento Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback
Competência Relacionamento Humanizado	Avaliação Anual e Acompanhamento Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback
Competência Visão Sistêmica	Avaliação Anual e Acompanhamento Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback
Competência Planejamento e Resultados	Avaliação Anual e Acompanhamento Anual	2. Processo de Avaliação de Desempenho e Feedback

Gestão do Processo de Plano de Carreira

Este processo tem por objetivo estabelecer as diretrizes de como funciona o plano de carreira dos colaboradores.

O detalhamento do processo encontra-se nos documentos citados abaixo, bem como em seus fluxos e anexos:

- 3. Processo de Plano de Carreira;
- 3.1 Normativo do Processo de Plano de Carreira.

Responsabilidades do DHO:

- Orientar todos os gestores a respeito do processo, apresentando os formulários, as etapas, e fazendo a relação com os valores da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA;
- Explicar os conceitos de carreira de gestão e carreira técnica;
- Conduzir o fórum de talentos;
- Apoiar os gestores em caso de dúvidas referente ao feedback após o fórum de talentos;
- Apoiar os colaboradores no preenchimento dos seus planos de desenvolvimento;
- Acompanhar a etapa do plano de desenvolvimento junto aos gestores, para garantir que o prazo final e o processo sejam cumpridos. Utilizar uma tabela como a abaixo, para o controle de entrega dos documentos deste processo, marcando "Sim" ou "Não" para cada gestor, de todos os níveis hierárquicos (alterar os nomes dos gestores conforme a necessidade):

	Documentos recebidos dos gestores
Gestores	Plano de desenvolvimento Prazo: XX
Gestor A	
Gestor B	

Cronograma

A tabela abaixo aplica-se a todos os níveis hierárquicos, sendo cada gestor responsável pela documentação da sua equipe direta.

Abril	- Fórum de Talentos - Matriz da Gestão de Talentos
Maio	- Plano de Desenvolvimento

Gestão do Processo de Reconhecimento por Resultado

Este processo tem por objetivo estabelecer as regras para o reconhecimento de todos os colaboradores.

O detalhamento do processo encontra-se nos documentos citados abaixo, bem como em seus fluxos e anexos:

- 4. Processo de Reconhecimento por Resultados;
- 4.1. Normativo do Processo de Reconhecimento por Resultados.

Responsabilidades do DHO:

- Orientar todos os profissionais a respeito do processo, apresentando os formulários, as etapas, e fazendo a relação com os valores da POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA;
- Lembrar os gestores de realizarem a etapa de reconhecimento semestral das suas equipes;
- Dar suporte aos gestores durante o processo de reconhecimento semestral;
- Providenciar uma carta de reconhecimento de todos os colaboradores de destaque, de acordo com a matriz de gestão de talentos;
- Garantir a organização da reunião de entrega das cartas de reconhecimento, de acordo com as possibilidades;
- Negociar os reconhecimentos adicionais, descritos no item 4.3 do normativo deste processo, com os destaques e com parceiros externos;
- Preparar a matéria de divulgação dos reconhecimentos e divulgá-la, interna e externamente;
- Decidir, em conjunto com os diretores, como atuar em relação à distribuição de cada colaborador na matriz de gestão de talentos.

3.5.2 – Apresentação de Plano de Cargos e Salários

O Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento - IMED, associação legalmente constituída, com a finalidade de apresentar e detalhar os cargos hoje existentes, estrutura neste documento o Plano de Cargos e Salários, doravante denominado PCS.

O PCS caracteriza-se como um instrumento de organização e normatização das relações de trabalho entre o Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa e seus colaboradores, além de contribuir para a política de recursos humanos já existente no Policlínica e estendido para todos os hospitais por ele administrados.

Sustentado teoricamente no conjunto de premissas descritas a seguir, disponibiliza uma série de alternativas que permitem ao gestor administrar os recursos humanos da Policlínica de forma competitiva, valorizando o conhecimento, a competência e o desempenho da força de trabalho.

Um plano de cargos e salários constitui-se em instrumento relevante de gestão e deve contemplar princípios fundamentais, como flexibilidade, mobilidade funcional, motivação profissional e racionalidade administrativa, que promovam o estímulo ao desenvolvimento pessoal e profissional, propiciem oportunidades de progressão funcional com possibilidade de desempenho de atividades em diversas áreas, atendendo a níveis de proficiência técnica requeridos pela organização.

A Policlínica como organização dotada de personalidade jurídica, tendo como uma de suas finalidades zelar pela ética e disciplina no exercício das profissões por ele regulamentadas, necessita de ferramentas consistentes para gerir seus recursos humanos, não só voltadas ao atendimento dos requisitos legais, mas, fundamentalmente, para integrar suas atividades e ampliar a produtividade, dentro de uma visão de prestação de serviço de interesse público, tornando o processo decisório mais eficaz.

Neste sentido, tornou-se necessário analisar a aplicação que vem sendo feita na Policlínica a partir da implementação do Plano de Cargos e Salários e Normativos de Pessoal, com as seguintes características:

A. Cargos amplos e enriquecidos, delineados a partir de atividades características de subsistemas e processos típicos da Policlínica,

englobando grande número de funções afins, estruturadas em carreiras, segundo a maturidade e competências necessárias;

B. Descrições e Especificações componentes do cargo com o objetivo de definir as relações de competência, de atribuições e de requisitos necessários para o desempenho das atividades da Policlínica;

C. Conjunto de procedimentos que tem por objetivo regulamentar e disciplinar o processo de progressão funcional, contemplando:

- **Promoção Horizontal** – Através do merecimento e do tempo de serviço na Policlínica, de forma sequencial, padrão, até atingir o limite do nível em que está enquadrado;

- **Progressão Vertical** – Através da capacitação profissional do colaborador, no cargo em que está enquadrado, progredindo de um "nível" para outro.

O IMED é uma Organização Social, sem fins lucrativos e por esse motivo é necessário incrementar a capacidade de resposta rápida e eficiente tanto à conjuntura externa quanto à contingência interna, não havendo espaço para engessamento ou restrições de operação, diante de qualquer situação.

O colaborador do IMED escolheu trabalhar numa organização que tem entre outros a missão de executar projetos que proporcionem bem-estar, saúde, cidadania e dignidade às pessoas, sempre comprometidos com a presteza, humanização e a ética, desta forma, quanto maior a proficiência e utilidade do serviço prestado, maior será a necessidade da organização em manter este profissional engajado.

Gestão de Pessoas

As políticas de Gestão de Pessoas da Policlínica são baseadas no modelo de Gestão por Competências. Uma abordagem estratégica que visa maximizar o desempenho e o crescimento da organização, concentrando-se no desenvolvimento individual dos colaboradores, onde é esperado que estes apreendam novos Conhecimentos, Habilidades e Atitudes, o já conhecido (CHA).

Classificação das Competências

As competências organizacionais são definidas a partir dos direcionadores estratégicos da instituição e estão descritas e relacionadas em quatro grupos:

- Competências Essenciais;
- Competências Comportamentais;
- Competências Técnicas;
- Competências de Liderança.

Competência Essencial é a competência que identifica a Policlínica, ou seja, que traduz a razão de ser da Policlínica.

Competências Comportamentais estão intimamente relacionadas aos traços de personalidade; referem-se as atitudes humanas e são essenciais para entender quais perfis mais se encaixam em cada time ou função; também conhecidas como soft-skills.

Competências Técnicas são conhecimentos adquiridos através da experiência ou capacitação; são habilidades necessárias para o exercício da função; também conhecidas como hard-skills.

Competências de Liderança são aquelas necessárias para o exercício eficaz da liderança organizacional; um misto de competências técnicas e comportamentais que se inter-relacionam e contribuem para a conquista da autoridade moral, persuasão e outras características do papel de líder.

Matriz de Competências

É composta pela relação das competências organizacionais e suas respectivas evidências comportamentais. A Policlínica, no intuito de atingir suas metas organizacionais mediante as atribuições descritas em cada função, necessita das seguintes competências:

COMPORTAMENTAL	Autodesenvolvimento	Capacidade de buscar novas informações, adquirir e compartilhar novos conhecimentos, habilidades e atitude transformando-as em ações e comportamentos que evidenciem melhorias efetivas no resultado do trabalho. É aberto às críticas e utiliza o feedback para transformar gaps em oportunidades.
	Autorresponsabilidade	Cumpre os prazos, datas e horários estabelecidos. Pode-se contar com sua participação em situações adversas: fora das datas e horários planejados.
	Transparência e Integridade	Age de maneira transparente e respeitosa, estabelecendo relação de respeito e confiança. É comprometido com normas e regras, sendo exemplo para seus pares.
	Proatividade	Age de maneira transparente e respeitosa, estabelecendo relação de respeito e confiança. É comprometido com normas e regras, sendo exemplo para seus pares.
	Trabalho em Equipe	Sabe interagir com os demais membros da equipe e lidar com posições contrárias. Busca alternativas e contribui para a atuação positiva dos demais. Está sempre pronto a cooperar.
	Comunicação assertiva	Sabe interagir com os demais membros da equipe e lidar com posições contrárias. Busca alternativas e contribui para a atuação positiva dos demais. Está sempre pronto a cooperar.
	Dinamismo	Procura estar sempre alinhado ao que a empresa propõe, procura novos conhecimentos e tem a capacidade de executar várias tarefas distintas.
	Direcionador de Soluções	Identifica e se antecipa aos problemas, usa da criatividade e aplica de forma organizada, tomando decisão rápida, segura e efetiva.

	Foco no Cliente	Foco em oferecer uma solução que supera as expectativas do cliente, levando a sua fidelização.
TÉCNICA	Domínio Técnico	Capacidade de usar o conhecimento técnico relativo à sua área e/ou atividade de trabalho para gerar melhores soluções e prestar um trabalho com excelência.
ESSENCIAL	Humanização	Capacidade de compreender as necessidades considerando os diferentes perfis e exigências dos pacientes e colegas, oferecendo respostas e soluções apropriadas. Atua com humanização nos atendimentos que realiza.
LIDERANÇA	Persuasão	Capacidade de criar e aplicar estratégias para conduzir e influenciar de forma positiva as entregas da equipe. Capacidade de inspirar, engajar, integrar, delegar, praticar a escuta ativa, ensinar e desenvolver a equipe, potencializando à eficácia dos resultados.
	Gestão de Conflitos	Minimiza impactos negativos e identifica oportunidades de melhoria de imagem e reputação da instituição.
	Tomada de Decisão Sob Pressão	Analisa os riscos, planeja e antecipa cenários, estabelecendo prioridades, com inteligência emocional, decidindo o que é melhor perante a situação.

Análise, Classificação e Descrição de Cargos

A análise, classificação e descrição dos cargos, possibilitam uma imersão em todas as frentes de trabalho da organização, explorando fatores técnicos e comportamentais para realizar as diversas tarefas de cada função. Desta forma, é extremamente importante que o recrutamento e seleção contemplem no momento da contratação os requisitos dos cargos detalhados nas atribuições, perfis técnicos e comportamentais para que o PCS tenha efetividade.

CLASSIFICAÇÃO DOS CARGOS	
CLASSE	**DESCRIÇÃO**
MÉDIO	Atividades de nível administrativo ou com habilidades específicas, que objetivam auxiliar em todas as áreas da organização
TÉCNICO	Atividades de nível técnico ou administrativo, que objetivam auxiliar áreas específicas da organização de acordo com a formação.
SUPERIOR	Atividades que requerem conhecimento ou formação específica, que objetivam fornecer o suporte necessários nas mais variadas áreas da organização.
LÍDER	Atividades que requerem perfis, habilidades e atitudes específicas para o gerenciamento de equipes e atividades da organização, exigindo alto grau de comprometimento e confiança.

CARGO	ÁREA	NÍVEL	CATEGORIA
ALMOXARIFE	OPERAÇÃO	MÉDIO	APOIO
ANALISTA ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA CONTÁBIL	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE CONTRATOS	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE CONTROLADORIA	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE CONTROLES INTERNOS	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE CUSTOS	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE DEPARTAMENTO PESSOAL	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA

ANALISTA DE ENGENHARIA CLÍNICA	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE EXPERIÊNCIA DO PACIENTE	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE FATURAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE GESTÃO DE PESSOAS	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE INDICADORES BI	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE LOGÍSTICA	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE ORÇAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE PATRIMÔNIO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE PROJETOS	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE QUALIDADE	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE SAÚDE OCUPACIONAL	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE TESOURARIA	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ANALISTA FINANCEIRO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO DE FATURAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	ASSISTENTE

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO QUALIDADE	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE DE COMPRAS	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE DE CUSTOS	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE DE FARMÁCIA	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE DE FATURAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE DE GESTÃO DE PESSOAS	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE DE LABORATORIO	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE DE LOGÍSTICA	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE DE ORÇAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE DE PATRIMONIO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE DE QUALIDADE	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE DE RECEPÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE DE RECURSOS HUMANOS	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE DE TESOURARIA	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE EXECUTIVO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ASSISTENTE
ASSISTENTE FINANCEIRO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE
ASSISTENTE SOCIAL	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	APOIO
ASSISTENTE SOCIAL RT	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	APOIO
AUXILAR DE GESTÃO DE PESSOAS	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR

AUXILIAR ADMINISTRATIVO APRENDIZ	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR
AUXILIAR ADMINISTRATIVO ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	AUXILIAR
AUXILIAR ADMINISTRATIVO FATURAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR
AUXILIAR ADMINISTRATIVO FINANCEIRO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR
AUXILIAR ADMINISTRATIVO NIR	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR
AUXILIAR DE ALMOXARIFADO	OPERAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR
AUXILIAR DE CUSTOS	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR
AUXILIAR DE DEPARTAMENTO PESSOAL	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	AUXILIAR
AUXILIAR DE FARMACIA	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	AUXILIAR
AUXILIAR DE FATURAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR
AUXILIAR DE LABORATÓRIO	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	AUXILIAR
AUXILIAR DE PATRIMONIO	OPERAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR
AUXILIAR DE RECURSOS HUMANOS	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR
AUXILIAR DE TESOURARIA	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR
BIOMÉDICO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL
COMPRADOR	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	APOIO
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE ALMOXARIFADO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE COMPRAS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE CUSTOS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR

COORDENADOR DE DEPARTAMENTO PESSOAL	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE ENFERMAGEM CC	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE ENFERMAGEM CME	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE ENFERMAGEM NIR	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE ENFERMAGEM ONCOLOGIA	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE ENFERMAGEM UTI	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE EXPERIENCIA DO PACIENTE	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE FACILITIES	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE FARMÁCIA	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE FATURAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE FISIOTERAPIA	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE GESTÃO DE PESSOAS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE LABORATÓRIO	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE OPERAÇÕES	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE ORÇAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE PATRIMONIO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE PROJETOS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR DE QUALIDADE	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR

COORDENADOR DE SCHI	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR FINANCEIRO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR
COORDENADOR PGRS	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR
DIRETOR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR
DIRETOR ADMINISTRATIVO CORPORATIVO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR
DIRETOR ADMINISTRATIVO POLICLÍNICA AR	ASSISTÊNCIA	LÍDER	DIRETOR
DIRETOR ASSISTENCIAL	ASSISTÊNCIA	LÍDER	DIRETOR
DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR
DIRETOR DE ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	LÍDER	DIRETOR
DIRETOR DE OPERAÇÕES	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR
DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR
DIRETOR DE SERVIÇOS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR
DIRETOR FINANCEIRO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR
DIRETOR GERAL	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR
DIRETOR TÉCNICO POLICLÍNICA AR	ASSISTÊNCIA	LÍDER	DIRETOR
ENFERMEIRO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO
ENFERMEIRO AUDITOR	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO
ENFERMEIRO CENTRO CIRÚRGICO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO
ENFERMEIRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO
ENFERMEIRO DE QUALIDADE	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO
ENFERMEIRO DO TRABALHO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO

ENFERMEIRO EPIDEMIOLOGISTA	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO
ENFERMEIRO NIR	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO
ENFERMEIRO OBSTÉTRICO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO
ENFERMEIRO RT	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO
ENFERMEIRO SCIH	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO
ENFERMEIRO TERAPIA INTENSIVA	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	PROFISSIONAL
ESTAGIÁRIO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	PROFISSIONAL
FARMACÊUTICO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL
FARMACEUTICO CLÍNICO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL
FARMACEUTICO RT	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL
FATURISTA	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	APOIO
FISIOTERAPEUTA	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL
FISIOTERAPEUTA RT	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL
FISIOTERAPEUTA UTI	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL
FONOAUDIÓLOGO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL
GERENTE ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE
GERENTE ASSISTENCIAL	ASSISTÊNCIA	LÍDER	GERENTE
GERENTE DE COMPRAS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE
GERENTE DE ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	LÍDER	GERENTE
GERENTE DE ENGENHARIA CLÍNICA	ASSISTÊNCIA	LÍDER	GERENTE

GERENTE DE EXPERIENCIA DO PACIENTE	ASSISTÊNCIA	LÍDER	GERENTE
GERENTE DE FACILITIES	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE
GERENTE DE FARMÁCIA	ASSISTÊNCIA	LÍDER	GERENTE
GERENTE DE GESTÃO DE PESSOAS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE
GERENTE DE INFRAESTRUTURA	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE
GERENTE DE MANUTENÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE
GERENTE DE PROJETOS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE
GERENTE DE QUALIDADE	ASSISTÊNCIA	LÍDER	GERENTE
GERENTE FINANCEIRO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE
MÉDICO DO TRABALHO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL
MOTORISTA	OPERAÇÃO	MÉDIO	APOIO
NUTRICIONISTA	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL
ODONTÓLOGO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL
OUVIDOR	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL
PSICÓLOGO POLICLÍNICA AR	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL
SECRETÁRIA	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	APOIO
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	SUPERVISOR
SUPERVISOR DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	SUPERVISOR
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	LÍDER	SUPERVISOR
SUPERVISOR DE GESTÃO DE PESSOAS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	SUPERVISOR

SUPERVISOR DE INDICADORES	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	SUPERVISOR
SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	SUPERVISOR
SUPERVISOR DE OUVIDORIA	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	SUPERVISOR
SUPERVISOR DE SAÚDE OCUPACIONAL	ASSISTÊNCIA	LÍDER	SUPERVISOR
SUPERVISOR DE SEGURANÇA DO TRABALHO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	SUPERVISOR
SUPERVISOR EM SAÚDE OCUPACIONAL	ASSISTÊNCIA	LÍDER	SUPERVISOR
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - INST. CIRÚRGICO	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO
TÉCNICO DE ENFERMAGEM DIARISTA	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO
TÉCNICO DE ENFERMAGEM EPIDEMIOLOGIA	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO
TÉCNICO DE ENFERMAGEM NVEH	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO
TÉCNICO DE ENFERMAGEM SCIH	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO
TÉCNICO DE INFORMÁTICA	ADMINISTRAÇÃO	TÉCNICO	TÉCNICO
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO
TÉCNICO DE RADIOLOGIA	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO
TÉCNICO EM ANÁLISES CLÍNICAS	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO
TÉCNICO EM FARMÁCIA	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO
TÉCNICO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	OPERAÇÃO	TÉCNICO	TÉCNICO
TERAPEUTA OCUPACIONAL	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL

Objetivo do Plano de Cargos e Salários

Padronizar a administração do Plano de Cargos, Salários e Benefícios da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa;

Definir estrutura de cargos adequada e transparente aos processos organizacionais;

Gerar conjunto de orientações e regras de remuneração e movimentação;

Assegurar uma remuneração alinhada às práticas de mercado em função do valor que agrega à organização.

Nota - As regras e critérios estabelecidos nesta política estão vinculados diretamente ao modelo de gestão estabelecido e poderão ser alterados a qualquer tempo, sem prévio aviso, em função das demandas ou necessidades do negócio.

Abrangência

Aplica-se a todos os colaboradores da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

Diretrizes

Senioridade

As diretrizes da política de cargos, salários e benefícios denominado, definem o nível de senioridade, assim como as possíveis trajetórias de crescimento profissional, subdivididos e classificados nos seguintes estágios:

SENIORIDADE	DESCRIÇÃO DO ESTÁGIO DE SENIORIDADE
I	Início de carreira, desenvolve trabalhos de menor complexidade e requer constante acompanhamento de liderança.
II	Significativa experiência e maturidade profissional para desenvolver e/ou liderar tecnicamente trabalhos de média complexidade e requer menor acompanhamento da liderança.
III	Sólida experiência e maturidade profissional para desenvolver e liderar tecnicamente trabalhos com alto grau de complexidade e requer eventual acompanhamento da liderança.
IV	Alta qualificação e competência técnica diferenciada, reconhecida pelos colaboradores. Consultor interno de visão global da área de atuação, domínio de uma ou mais tecnologias específicas com alto grau de autonomia.
V	Sólida e relevante experiência profissional, posições de representação, comando e de gestão.

(*) Não é necessariamente uma posição permanente da organização e sua criação está condicionada à existência de projetos específicos, que requeiram experiência diferenciada e/ou a circunstâncias onde o domínio absoluto de determinada tecnologia ou especialização seja fundamental. O nível IV e V não são requeridos em todas as áreas/processos da Policlínica.

Salários normatizados por lei

Os cargos cujos salários estejam normatizados por lei, acordos, convenções ou dissídios coletivos, serão aplicados o índice determinado pelo documento convencional, bem como o índice de reajuste para cada categoria de trabalhadores, sempre que o valor for inferior ao plano de cargos e salários institucional. Para as categorias profissionais não regulamentadas, o salário de referência será baseado nos valores apontados na pesquisa salarial regional.

Cargos de Gestão

Haverá um patamar mínimo de 40% de variação salarial, inclusa a gratificação por função, quando houver, em relação a faixa de salário inicial dos colaboradores subordinados a esse gestor. Caso o organograma da área requeira função de gerência e direção, em virtude dos critérios de complexidade da atividade, será estabelecido o patamar de até 30% de variação em relação à função de coordenação.

Faixa salarial

O intervalo de valores atribuídos a cada grupo salarial será composto por um ponto inicial (90%) e um máximo (120%), onde o ponto médio (100%) representa a mediana de remuneração do mercado para o cargo referenciado neste grupo salarial.

Valor salarial superior ao estabelecido

Será permitida a contratação de colaboradores com valor salarial superior ao estabelecido, mediante justificativa apresentada pela Diretoria de Gestão de Pessoas e Aprovação do Conselho Diretor quando houver escassez de recursos no mercado local para o cargo objeto da contratação.

Aprovações de alteração salarial e cargos

A alteração salarial deverá ser aprovada sempre pelo Conselho Diretor em conjunto com a Diretoria de Gestão de Pessoas.

Caberá aos membros das áreas realizarem as descrições de suas atividades e dos respectivos cargos, com base no modelo elaborado pela Diretoria de Gestão de Pessoas, por sua vez, deverá apoiar o processo, homologando o resultado, atualizando o Plano de Cargos e Salários da Policlínica.

Uma vez criadas, as respectivas descrições das posições serão atualizadas sempre que houver: alterações organizacionais (reestruturação ou racionalização de processos) ou quando se fizer necessário.

Caberá à Diretoria de Gestão de Pessoas avaliar os cargos e inseri-los na escala salarial vigente revisando-os quando necessário ou no período de até 1 (um) ano.

As movimentações de remuneração ocorrerão no ciclo de revisão salarial a ser definida pela Diretoria de Gestão de Pessoas, no mês de janeiro de cada ano, podendo ocorrer uma segunda revisão em agosto, caso necessário.

A Diretoria de Gestão de Pessoas realizará uma análise do impacto das movimentações salariais propostas e equilíbrio interno, posição salarial versus mercado, coerência com outras áreas, pré-requisitos previamente definidos no plano de carreira e sucessão.

Promoção

Nos casos de promoção para um cargo de maior responsabilidade, a alteração salarial terá como alvo o ponto inicial da nova faixa salarial.

Antes da formalização da promoção poderá ser estabelecido um estágio supervisionado com duração máxima de 90 dias, mediante aditivo, com gratificação de função no patamar de 20 % sobre o salário base do colaborador.

O enquadramento para este ponto terá um percentual máximo de 30%. Se este percentual não for suficiente para o salário chegar ao inicial da faixa, haverá uma programação de aumentos salariais a cada 3 meses até atingir o alinhamento salarial programado.

A efetivação do aumento está vinculada a análise e aprovação da diretoria de Gestão de Pessoas.

Nota – Movimentações laterais que significarem a absorção de atribuições com maior complexidade em relação à atual, a alteração salarial terá como alvo o ponto médio da faixa salarial, respeitando o percentual máximo 30%.

Critérios para promoção

Os critérios mandatórios para movimentação dos colaboradores são:

Existência de vaga aprovada formalmente pela Diretoria e orçada dentro do ano vigente;

Avaliação de Desempenho igual ou superior a "atende os padrões" na posição atual;

Participação mínima de 80% nos módulos de capacitação e desenvolvimento realizados na organização;

Pleno atendimento das exigências definidas para cada posição, sendo elas:

Conhecimentos: Compreensão dos saberes e técnicas necessárias para atingir um objetivo de entrega ou atendimento;

Formação: Pré-requisito educacional para assumir o cargo;

Experiência Profissional: Vivência da atividade na prática alinhado as bases teóricas e práticas em soluções aplicadas no dia a dia.

Bonificação (adicional variável)

Para os colaboradores com desempenho superior ao ordinariamente esperado no exercício de suas atividades ou atingimento de metas preestabelecidas no contrato de trabalho que exceda aos padrões, será concedido um adicional variável de até um salário base, limitado a um único pagamento anual como recompensa e reconhecimento individual. Tal ação possui caráter transitório e eventual, previsto na Lei 13.467/2017 e Art. 457 da CLT § 4º.

Enquadramento

As movimentações da remuneração dos colaboradores lotados na Policlínica dentro da faixa salarial serão:

- **Vertical:** O salário é alterado para se enquadrar em um novo cargo.
- **Horizontal:** Aumento por mérito (4 a 10% limitados a 3 degraus até o próximo nível) sendo o primeiro degrau sempre de 4%, seguidos dos demais, conforme cada nível.

Serão apurados anualmente por meio da pesquisa de mercado regional com objetivo de assegurar a consistência interna, bem como reduzir a diferença entre o salário do colaborador e o alvo salarial definido para o cargo que ocupa.

Nota - Os colaboradores com posicionamento superior a 100% da faixa salarial não são elegíveis a mérito e nem a enquadramento.

Gratificação

Será concedido adicional de até 30% para os profissionais que exercem função de gestão de pessoas ou processos, e tal percentual, não está condicionado à obrigação contratual.

Criação, extinção ou alteração de cargo

Somente a Diretoria de Gestão de Pessoas da Policlínica será responsável pela criação e/ou alteração de cargos na empresa, em alinhamento com a Diretoria Administrativa da área em questão e respeitando as diretrizes da Política de Recrutamento e Seleção.

Reajuste Coletivo

Serão assegurados conforme estabelecido em convenção coletiva das categorias.

Contratação de novos colaboradores

A posição alvo do salário base para novos colaboradores será no ponto inicial da faixa salarial correspondente ao nível de carreira, respeitando equidade externa e interna.

Valores salariais entre o ponto inicial da faixa até 50% da faixa somente serão negociados entre a Diretoria de Gestão de Pessoas e os candidatos aprovados, se necessário.

Valores acima de 50% da faixa deverão ser aprovados pelo Conselho Diretor antes de serem ofertados.

IMPORTANTE: Não deve ser levantada nenhuma expectativa aos candidatos sobre remuneração sem que ambos, o candidato e a remuneração a ser oferecida estejam devidamente aprovados. Toda e qualquer oferta somente será feita pela área de Gestão de Pessoas com anuência do Conselho Diretor.

Aprovação de vagas

Vaga extraorçamentária: a liberação de vaga extraorçamentária ocorrerá após a aprovação formal pelo Conselho Diretor.

Vagas orçadas: a aprovação de vagas obedecerá aos critérios vigentes determinados pela Diretoria de Gestão de Pessoas.

Jornada de Trabalho

A jornada máxima semanal é de 44 horas regulares, limitada a 220 horas mensais e jornadas de trabalho diferentes para o mesmo cargo, terão os salários calculados proporcionalmente.

Benefícios

Vale transporte ou ajuda de custo no valor de até R$ 250,00 (Duzentos e cinquenta reais) para os colaboradores que não exercerem cargo de gestão ou liderança e utilizarem meios próprios de locomoção ao trabalho, mediante comprovação de endereço fora da cidade onde o Policlínica esteja alocado;

Vale refeição no valor de até R$ 30,00 (trinta reais), para os colaboradores lotados na sede administrativa ou imediações;

Um dia de folga no dia do aniversário ou dia útil seguinte.

Avaliação de Cargos

Serão avaliados anualmente por meio do uso de metodologia apropriada com valores atribuídos as funções exercidas na organização.

Ciclo da revisão salarial

Anualmente ocorrerão as revisões salariais individuais, preferencialmente em janeiro, com efeito em fevereiro.

Elegibilidade

Todos os colaboradores da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa que atendam aos requisitos da política de cargos e salários.

Disposições Gerais

A próxima revisão do Plano de Cargos e Salários acontecerá no mínimo a cada 1 (um) ano, e/ou quando houver mudanças de processo e/ou alteração de tecnologia (sistemas aplicativos) ou por determinação da Diretoria emitente.

Será arquivada por 4 (quatro) anos, sendo descartada somente no caso de suas versões subsequentes estarem em uso (divulgadas) por no mínimo 4 (quatro) anos.

O presente documento revoga todas as disposições em contrário.

Este documento é confidencial. Sua divulgação externa deve ser precedida de autorização formal do Departamento Jurídico do Policlínica.

Se impresso, este documento terá a validade de 1 (um) dia.

Classificação dos Cargos

CLASSIFICAÇÃO DOS CARGOS	
CATEGORIA	**DESCRIÇÃO**
MÉDIO = M	ENSINO MÉDIO - Atividades de nível administrativo ou com habilidades específicas, que objetivam auxiliar as mais variadas áreas da organização.
TÉCNICO = T	ENSINO TÉCNICO - Atividades de nível técnico ou administrativo, que objetivam auxiliar todas as áreas da organização de acordo com sua expertise.
SUPERIOR = S	ENSINO SUPERIOR - Atividades que requerem conhecimento ou formação específica, que objetivam fornecer os insumos e suporte necessários nas mais variadas áreas da organização.
LÍDER = L	ENSINO SUPERIOR - Atividades que requerem perfil, habilidades e atitudes específicas para o gerenciamento de equipes e atividades da organização, exigindo alto grau de comprometimento e confiança.

Tabela de Progressão dos Cargos

CARGO	NÍVEL	I %	II %	III %	IV %
ALMOXARIFE	MÉDIO	6%	6%	6%	6%
ANALISTA ADMINISTRATIVO	SUPERIOR	12%	21%	21%	21%
ANALISTA CONTÁBIL	SUPERIOR	12%	21%	21%	21%
ANALISTA DE CONTRATOS	SUPERIOR	21%	21%	21%	21%
ANALISTA DE CONTROLADORIA	SUPERIOR	21%	21%	21%	21%
ANALISTA DE CONTROLES INTERNOS	SUPERIOR	21%	21%	21%	21%
ANALISTA DE CUSTOS	SUPERIOR	25%	25%	20%	20%
ANALISTA DE DEPARTAMENTO PESSOAL	SUPERIOR	12%	18%	15%	27%
ANALISTA DE ENGENHARIA CLÍNICA	SUPERIOR	9%	35%	7%	21%
ANALISTA DE EXPERIÊNCIA DO PACIENTE	SUPERIOR	12%	21%	21%	21%
ANALISTA DE FATURAMENTO	SUPERIOR	12%	12%	12%	12%
ANALISTA DE GESTÃO DE PESSOAS	SUPERIOR	8%	10%	10%	14%
ANALISTA DE INDICADORES BI	SUPERIOR	12%	21%	21%	21%
ANALISTA DE LOGÍSTICA	SUPERIOR	12%	21%	21%	21%
ANALISTA DE ORÇAMENTO	SUPERIOR	12%	21%	18%	21%
ANALISTA DE PATRIMÔNIO	SUPERIOR	21%	21%	21%	21%
ANALISTA DE PROJETOS	SUPERIOR	12%	18%	18%	21%
ANALISTA DE QUALIDADE	SUPERIOR	12%	21%	21%	21%

ANALISTA DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO	SUPERIOR	9%	9%	12%	12%
ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS	SUPERIOR	12%	12%	12%	12%
ANALISTA DE SAÚDE OCUPACIONAL	SUPERIOR	12%	18%	21%	21%
ANALISTA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	SUPERIOR	12%	18%	18%	21%
ANALISTA DE TESOURARIA	SUPERIOR	12%	18%	18%	21%
ANALISTA DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO	SUPERIOR	12%	21%	21%	21%
ANALISTA FINANCEIRO	SUPERIOR	12%	21%	18%	21%
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	MÉDIO	10%	12%	18%	18%
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO DE FATURAMENTO	MÉDIO	6%	25%	21%	21%
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO ENFERMAGEM	MÉDIO	10%	12%	18%	18%
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO QUALIDADE	MÉDIO	10%	12%	18%	18%
ASSISTENTE DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL	MÉDIO	10%	12%	18%	18%
ASSISTENTE DE COMPRAS	MÉDIO	9%	12%	22%	14%
ASSISTENTE DE CUSTOS	MÉDIO	12%	12%	12%	12%
ASSISTENTE DE FARMÁCIA	MÉDIO	9%	12%	21%	21%
ASSISTENTE DE FATURAMENTO	MÉDIO	12%	18%	21%	21%
ASSISTENTE DE GESTÃO DE PESSOAS	MÉDIO	9%	9%	12%	21%
ASSISTENTE DE LABORATORIO	MÉDIO	9%	12%	18%	18%
ASSISTENTE DE LOGÍSTICA	MÉDIO	12%	12%	19%	17%
ASSISTENTE DE ORÇAMENTO	MÉDIO	9%	9%	9%	9%

ASSISTENTE DE PATRIMONIO	MÉDIO	9%	12%	18%	18%
ASSISTENTE DE QUALIDADE	MÉDIO	9%	12%	18%	18%
ASSISTENTE DE RECEPÇÃO	MÉDIO	9%	9%	12%	21%
ASSISTENTE DE RECURSOS HUMANOS	MÉDIO	9%	9%	12%	21%
ASSISTENTE DE TESOURARIA	MÉDIO	9%	9%	9%	9%
ASSISTENTE EXECUTIVO	SUPERIOR	12%	18%	21%	21%
ASSISTENTE FINANCEIRO	MÉDIO	12%	18%	21%	21%
ASSISTENTE SOCIAL	SUPERIOR	12%	18%	21%	21%
ASSISTENTE SOCIAL RT	SUPERIOR	12%	18%	21%	21%
AUXILAR DE GESTÃO DE PESSOAS	MÉDIO	8%	9%	9%	4%
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	MÉDIO	8%	9%	9%	4%
AUXILIAR ADMINISTRATIVO APRENDIZ	MÉDIO	12%	12%	12%	12%
AUXILIAR ADMINISTRATIVO ENFERMAGEM	MÉDIO	9%	9%	9%	4%
AUXILIAR ADMINISTRATIVO FATURAMENTO	MÉDIO	9%	9%	9%	4%
AUXILIAR ADMINISTRATIVO FINANCEIRO	MÉDIO	9%	9%	9%	4%
AUXILIAR ADMINISTRATIVO NIR	MÉDIO	9%	9%	9%	4%
AUXILIAR DE ALMOXARIFADO	MÉDIO	11%	9%	4%	5%
AUXILIAR DE CUSTOS	MÉDIO	9%	9%	9%	4%
AUXILIAR DE DEPARTAMENTO PESSOAL	MÉDIO	8%	9%	9%	4%
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	MÉDIO	9%	9%	9%	4%
AUXILIAR DE FARMACIA	MÉDIO	9%	9%	9%	4%

AUXILIAR DE FATURAMENTO	MÉDIO	9%	9%	9%	4%
AUXILIAR DE LABORATÓRIO	MÉDIO	9%	12%	18%	18%
AUXILIAR DE PATRIMONIO	MÉDIO	22%	9%	9%	-4%
AUXILIAR DE RECURSOS HUMANOS	MÉDIO	8%	9%	9%	4%
AUXILIAR DE TESOURARIA	MÉDIO	4%	9%	9%	4%
BIOMÉDICO	SUPERIOR	9%	9%	12%	21%
COMPRADOR	MÉDIO	9%	9%	12%	21%
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	LÍDER	6%	6%	6%	6%
COORDENADOR DE ALMOXARIFADO	LÍDER	6%	6%	6%	6%
COORDENADOR DE SCHI	LÍDER	9%	9%	9%	21%
COORDENADOR DE COMPRAS	LÍDER	9%	9%	9%	21%
COORDENADOR DE CUSTOS	LÍDER	9%	9%	9%	12%
COORDENADOR DE DEPARTAMENTO PESSOAL	LÍDER	9%	9%	9%	21%
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	LÍDER	9%	9%	9%	9%
COORDENADOR DE ENFERMAGEM CENTRO CIRURGICO	LÍDER	9%	9%	9%	9%
COORDENADOR DE ENFERMAGEM CME	LÍDER	9%	9%	12%	12%
COORDENADOR DE ENFERMAGEM NIR	LÍDER	9%	9%	12%	12%
COORDENADOR DE ENFERMAGEM ONCOLOGIA	LÍDER	8%	9%	12%	12%
COORDENADOR DE ENFERMAGEM UTI	LÍDER	9%	9%	12%	18%
COORDENADOR DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	LÍDER	9%	9%	12%	18%

COORDENADOR DE EXPERIENCIA DO PACIENTE	LÍDER	9%	9%	12%	18%
COORDENADOR DE FACILITIES	LÍDER	9%	9%	12%	21%
COORDENADOR DE FARMÁCIA	LÍDER	9%	9%	12%	21%
COORDENADOR DE FATURAMENTO	LÍDER	9%	9%	12%	21%
COORDENADOR DE FISIOTERAPIA	LÍDER	9%	9%	12%	12%
COORDENADOR DE GESTÃO DE PESSOAS	LÍDER	12%	12%	6%	6%
COORDENADOR DE LABORATÓRIO	LÍDER	9%	9%	12%	21%
COORDENADOR DE OPERAÇÕES	LÍDER	9%	9%	12%	21%
COORDENADOR DE ORÇAMENTO	LÍDER	10%	6%	9%	11%
COORDENADOR DE PATRIMONIO	LÍDER	9%	9%	9%	21%
COORDENADOR DE PROJETOS	LÍDER	9%	9%	9%	12%
COORDENADOR DE QUALIDADE	LÍDER	8%	9%	12%	21%
COORDENADOR FINANCEIRO	LÍDER	9%	9%	9%	12%
COORDENADOR PGRS	LÍDER	9%	9%	12%	21%
DIRETOR ADMINISTRATIVO	LÍDER	12%	12%	12%	12%
DIRETOR ADMINISTRATIVO CORPORATIVO	LÍDER	12%	12%	12%	12%
DIRETOR ADMINISTRATIVO POLICLÍNICA AR	LÍDER	12%	12%	12%	12%
DIRETOR ASSISTENCIAL	LÍDER	12%	12%	12%	12%
DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL	LÍDER	21%	12%	12%	12%
DIRETOR DE ENFERMAGEM	LÍDER	12%	12%	12%	12%
DIRETOR DE OPERAÇÕES	LÍDER	12%	12%	12%	12%

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS	LÍDER	12%	12%	12%	12%
DIRETOR DE SERVIÇOS	LÍDER	12%	12%	12%	12%
DIRETOR FINANCEIRO	LÍDER	12%	12%	12%	12%
DIRETOR GERAL	LÍDER	12%	18%	12%	9%
DIRETOR TÉCNICO POLICLÍNICA AR	LÍDER	12%	12%	12%	12%
ENFERMEIRO	SUPERIOR	12%	12%	12%	12%
ENFERMEIRO AUDITOR	SUPERIOR	12%	18%	21%	21%
ENFERMEIRO CENTRO CIRÚRGICO	SUPERIOR	12%	18%	18%	21%
ENFERMEIRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	SUPERIOR	12%	12%	12%	12%
ENFERMEIRO DE QUALIDADE	SUPERIOR	9%	21%	21%	21%
ENFERMEIRO DO TRABALHO	SUPERIOR	9%	17%	25%	21%
ENFERMEIRO EPIDEMIOLOGISTA	SUPERIOR	9%	18%	21%	21%
ENFERMEIRO NIR	SUPERIOR	9%	18%	21%	21%
ENFERMEIRO OBSTÉTRICO	SUPERIOR	12%	18%	18%	21%
ENFERMEIRO RT	SUPERIOR	9%	18%	21%	21%
ENFERMEIRO SCIH	SUPERIOR	9%	21%	21%	21%
ENFERMEIRO TERAPIA INTENSIVA	SUPERIOR	12%	18%	18%	21%
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	SUPERIOR	12%	12%	6%	6%
ESTAGIÁRIO	SUPERIOR	12%	18%	18%	21%
FARMACÊUTICO	SUPERIOR	6%	6%	6%	6%
FARMACEUTICO CLÍNICO	SUPERIOR	6%	6%	6%	6%

FARMACEUTICO RT	SUPERIOR	6%	6%	6%	6%
FATURISTA	MÉDIO	12%	18%	21%	21%
FISIOTERAPEUTA	SUPERIOR	6%	6%	6%	6%
FISIOTERAPEUTA RT	SUPERIOR	6%	6%	6%	6%
FISIOTERAPEUTA UTI	SUPERIOR	6%	6%	6%	6%
FONOAUDIÓLOGO	SUPERIOR	9%	18%	12%	21%
GERENTE ADMINISTRATIVO	LÍDER	21%	24%	24%	21%
GERENTE ASSISTENCIAL	LÍDER	8%	4%	7%	5%
GERENTE DE COMPRAS	LÍDER	12%	25%	6%	12%
GERENTE DE ENFERMAGEM	LÍDER	9%	9%	4%	4%
GERENTE DE ENGENHARIA CLÍNICA	LÍDER	12%	21%	21%	12%
GERENTE DE EXPERIENCIA DO PACIENTE	LÍDER	12%	12%	12%	12%
GERENTE DE FACILITIES	LÍDER	12%	12%	12%	12%
GERENTE DE FARMÁCIA	LÍDER	12%	21%	21%	12%
GERENTE DE GESTÃO DE PESSOAS	LÍDER	18%	12%	12%	12%
GERENTE DE INFRAESTRUTURA	LÍDER	18%	21%	14%	12%
GERENTE DE MANUTENÇÃO	LÍDER	18%	21%	21%	12%
GERENTE DE PROJETOS	LÍDER	18%	21%	21%	12%
GERENTE DE QUALIDADE	LÍDER	12%	12%	12%	12%
GERENTE FINANCEIRO	LÍDER	9%	9%	12%	12%
MÉDICO DO TRABALHO	SUPERIOR	14%	10%	12%	21%

MOTORISTA	MÉDIO	12%	12%	18%	18%
NUTRICIONISTA	SUPERIOR	12%	18%	18%	21%
ODONTÓLOGO	SUPERIOR	12%	18%	18%	21%
OUVIDOR	SUPERIOR	12%	12%	18%	21%
PSICÓLOGO POLICLÍNICA AR	SUPERIOR	9%	12%	18%	21%
SECRETÁRIA	MÉDIO	9%	12%	18%	21%
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	LÍDER	12%	12%	12%	12%
SUPERVISOR DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO	LÍDER	12%	12%	12%	11%
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	LÍDER	12%	12%	18%	21%
SUPERVISOR DE GESTÃO DE PESSOAS	LÍDER	9%	6%	6%	6%
SUPERVISOR DE INDICADORES	LÍDER	12%	12%	18%	12%
SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO	LÍDER	12%	12%	12%	12%
SUPERVISOR DE OUVIDORIA	LÍDER	12%	12%	18%	12%
SUPERVISOR DE SAÚDE OCUPACIONAL	LÍDER	12%	12%	18%	12%
SUPERVISOR DE SEGURANÇA DO TRABALHO	LÍDER	12%	12%	18%	12%
SUPERVISOR DE FISIOTERAPIA	LÍDER	12%	12%	18%	12%
SUPERVISOR DE SERVIÇO SOCIAL	LÍDER	12%	12%	18%	12%
SUPERVISOR DE PSICOLOGIA	LÍDER	12%	12%	18%	12%
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	TÉCNICO	18%	18%	12%	12%
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - INST. CIRÚRGICO	TÉCNICO	18%	18%	12%	18%
TÉCNICO DE ENFERMAGEM DIARISTA	TÉCNICO	18%	18%	12%	12%

TÉCNICO DE ENFERMAGEM EPIDEMIOLOGIA	TÉCNICO	17%	18%	21%	18%
TÉCNICO DE ENFERMAGEM NVEH	TÉCNICO	17%	18%	21%	18%
TÉCNICO DE ENFERMAGEM SCIH	TÉCNICO	17%	18%	21%	18%
TÉCNICO DE INFORMÁTICA	TÉCNICO	18%	12%	15%	21%
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	TÉCNICO	18%	18%	21%	18%
TÉCNICO DE RADIOLOGIA	TÉCNICO	18%	18%	18%	18%
TÉCNICO EM ANÁLISES CLÍNICAS	TÉCNICO	21%	18%	21%	18%
TÉCNICO EM FARMÁCIA	TÉCNICO	18%	18%	18%	18%
TÉCNICO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA	TÉCNICO	11%	18%	17%	18%
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	TÉCNICO	18%	18%	18%	18%
TERAPEUTA OCUPACIONAL	SUPERIOR	18%	18%	18%	18%

Estrutura Salarial

DESCRIÇÃO DOS ESTÁGIOS POR CATEGORIA

NÍVEIS SALARIAIS CATEGORIA MÉDIO	
NÍVEL I	Atividades de pouca complexidade, sob supervisão e controle.
NÍVEL II	Tarefas com média complexidade, ainda sob supervisão.
NÍVEL III	Tarefas específicas, que já demandam maior vivência no assunto.
NÍVEL IV	Atividades com maior complexidade, que demandam conhecimento do tema.

NÍVEL V	Atividades mais complexas, com certo grau de tomada de decisões sob autorização dos superiores.

NÍVEIS SALARIAIS CATEGORIA SUPERIOR	
NÍVEL I	Tarefas de pequena ou média complexidade em área(s) especifica(s). Elabora projetos (sob supervisão).
NÍVEL II	Funções de procedimentos simples ou que não exigem profundo conhecimento em um ramo de atuação.
NÍVEL III	Atividades especificas, que exigem profundo conhecimento. Toma decisões endossadas por um superior.
NÍVEL IV	Toma decisões. Age de forma autônoma, com base no conhecimento e experiências adquiridos ao longo da carreira. Gere pessoas e projetos.
NÍVEL V	Atua fora do processo de supervisão ou por demandas. Gere projetos / negócios. Possui autonomia plena.

NÍVEIS SALARIAIS CATEGORIA TÉCNICO	
NÍVEL I	Atividades com baixa complexidade, que dependem de conhecimento técnico, porém, sob supervisão.
NÍVEL II	Atividades de média complexidade, sob supervisão.
NÍVEL III	Atividades de média ou alta complexidade, com demanda de maior experiência.

NÍVEL IV	Atividades de alta complexidade, que demandam experiência.
NÍVEL V	Atividades complexas, com alta experiência e níveis de tomada de decisão.

NÍVEIS SALARIAIS CATEGORIA LÍDER	
NÍVEL I	Conhecimentos complexos, com níveis de comando adequados.
NÍVEL II	Conhecimentos complexos, com níveis de comando adequados para o cargo e bom relacionamento.
NÍVEL III	Conhecimentos complexos, bom relacionamento, capacidade de liderança e desenvolvimento.
NÍVEL IV	Conhecimentos altamente complexos, níveis de liderança, network e desenvolvimento adequados.
NÍVEL V	Altos níveis de comando e controle com experiência nas mais diversas áreas.

Modelo de Descrição de Cargo

DESCRITIVO DE FUNÇÃO

FUNÇÃO: GERENTE DE GESTÃO DE PESSOAS

ÁREA: ADMINISTRATIVA
DEPARTAMENTO: GEPS
CATEGORIA: GERENTE

Nº CBO: 2524-05
SUBORDINAÇÃO: DIRETORIA DE GP

1. Descrição Sumária

DE: Última revisão: 20/11/2023

Responsável por planejar e desenvolver estratégias de recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, planos de cargos e salários, administração pessoal e relações trabalhistas e sindicais, de acordo com as exigências legais e políticas da empresa.

2. Especificações da Função

	NÍVEIS			
	I	II	III	IV
2.1 Escolaridade mínima exigida e Formação	Superior em Psicologia, Administração	Superior em Psicologia, Administração	Superior em Psicologia, Administração	Superior em Psicologia, Administração
2.2 Tempo mínimo de experiência na Área	5 anos	7 anos	10 anos	12 anos
2.3 Tempo mínimo de experiência na Função	ausente	2 anos	5 anos	8 anos
2.4 Atividades e Responsabilidades	Atuação estratégica (baixa) Responsab. técnica departamental (muito alta) Liderança gerencial (muito alta)	Atuação estratégica (moderada) Responsab. técnica departamental (muito alta) Liderança gerencial (muito alta)	Atuação estratégica (muito alta) Responsab. técnica departamental (muito alta) Liderança gerencial (muito alta)	Atuação estratégica (muito alta) Responsab. técnica departamental (muito alta) Liderança gerencial (muito alta)
2.5 Liderança e Desenvolvimento de Pessoal	Habilidades avançadas	Habilidades avançadas	Habilidades avançadas	Habilidades avançadas
2.6 Planejamento Estratégico	Planos estratégicos e táticos; Gestão de indicadores	Planos estratégicos e táticos; Gestão de indicadores e Gestão da mudança	Planos estratégicos e táticos; Gestão de indicadores e Gestão da mudança	Planos estratégicos e táticos; Gestão de indicadores e Gestão da mudança

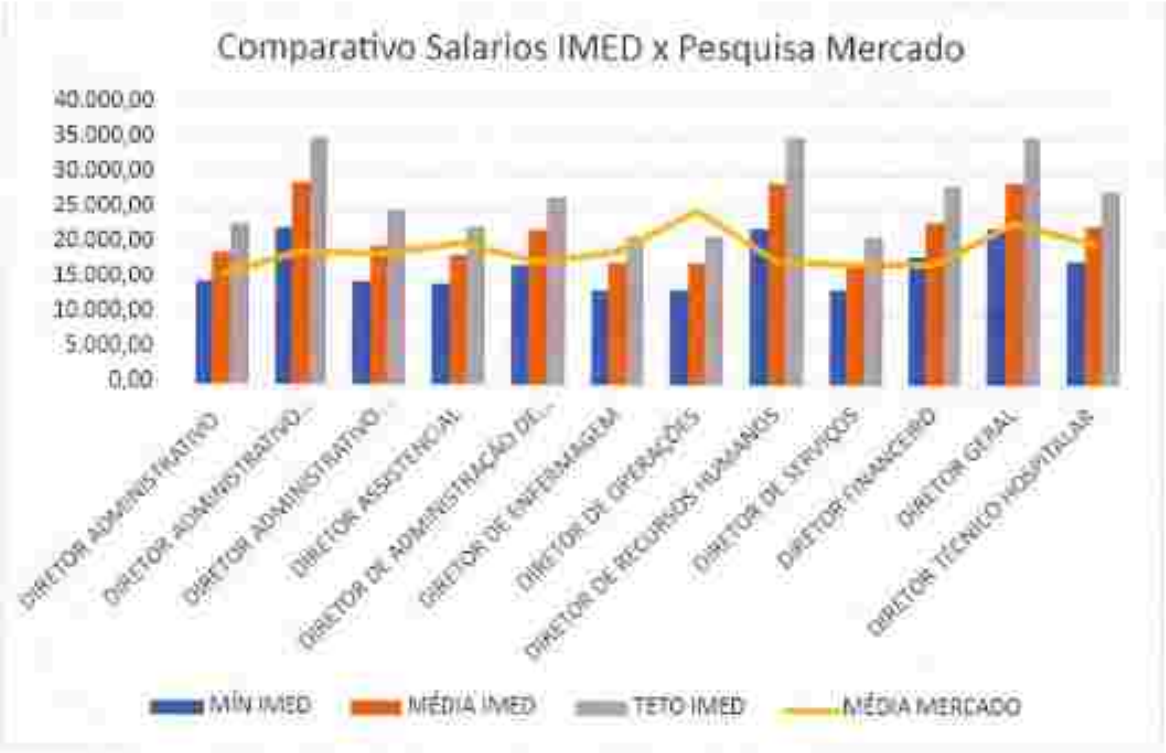
3. Competências e outros

3.1 Competências Técnicas:	3.2 Competências Comportamentais:
• Legislação trabalhista; • Testes de recrutamento e seleção; • Treinamento e desenvolvimento; • Normas de segurança no trabalho; • Ferramentas da Qualidade; • Conhecimento técnico em legislações relacionadas a serviços de saúde;	• Inteligência emocional; • Gestão do tempo; • Relacionamento Interpessoal; • Visão sistêmica; • Foco no resultado; • Ética e honestidade; • Direcionador de soluções;
3.3 Acessos necessários:	**3.4 Treinamentos exigidos:**
• E-mail; • MV; • Internet; • Trello; • Pasta da área.	Integração; • Protocolos internos. • NR32.

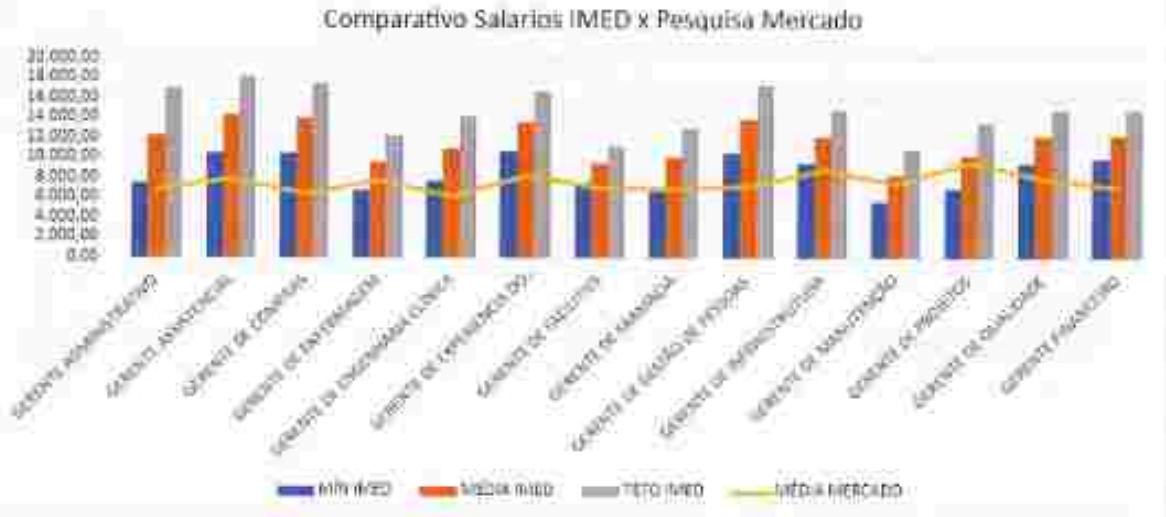
4. Descrição das Atribuições

Liderar e desenvolver projetos;
Recrutamento e seleção de líderes e executivos;
Gerenciar e realizar a manutenção do plano de cargos e salários;
Gerenciar e acompanhar os programas de treinamento, capacitação técnica e comportamental;
Administrar folha de pagamento, benefícios, vigílias e controle de serviços prestados por terceiros;

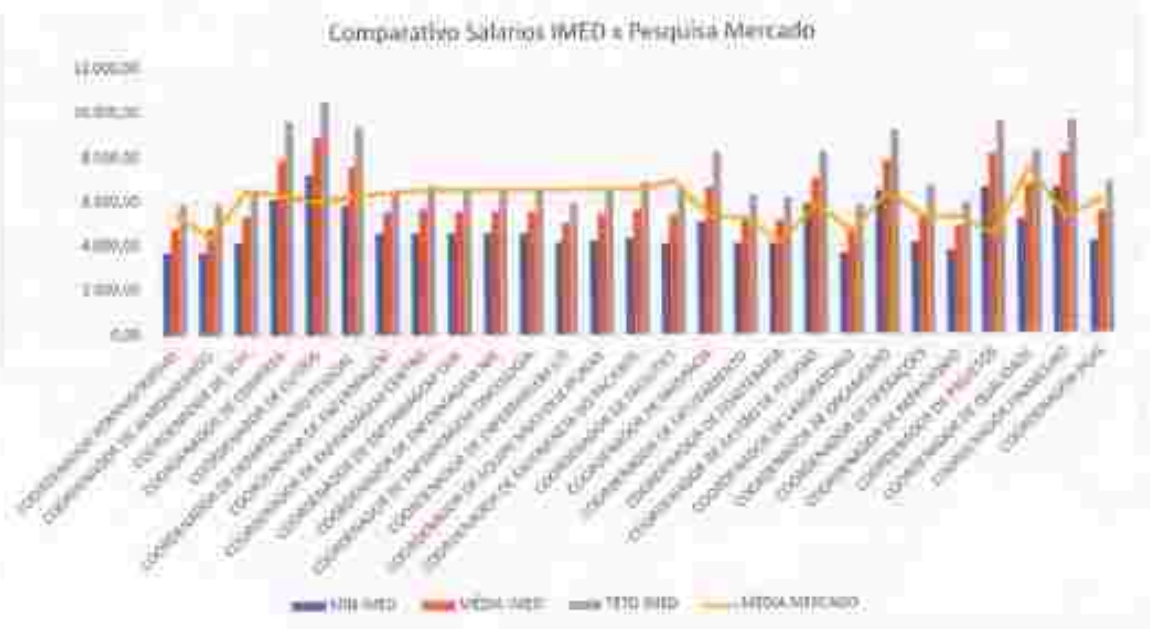
Pesquisa Salarial



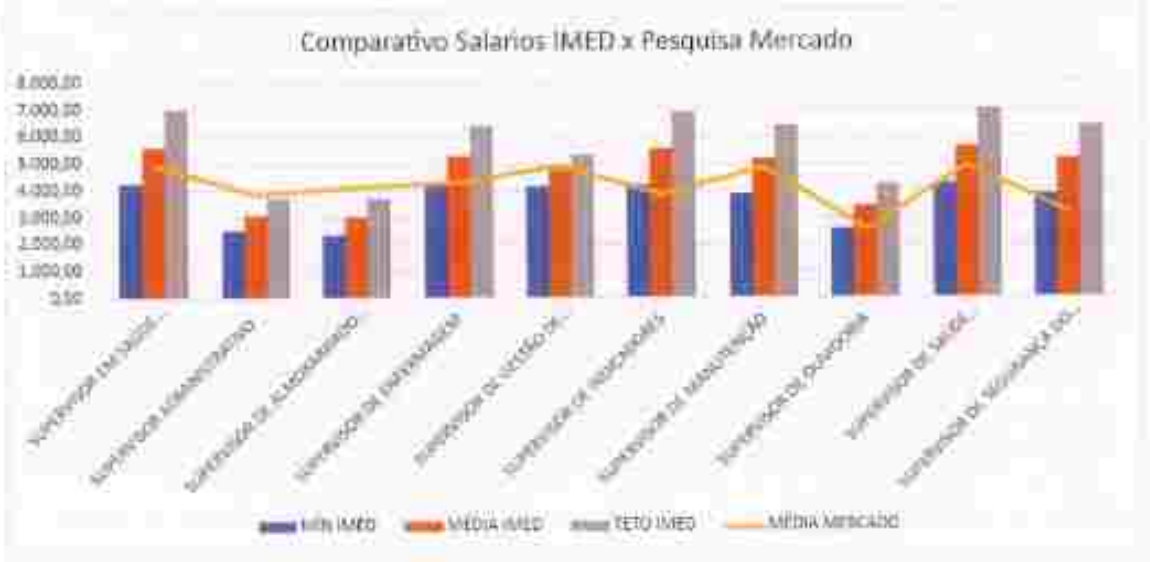
Comparativo Salários: Diretores



Comparativo Salários: Gerente



Comparativo Salários: Coordenadores



Comparativo Salários: Supervisores

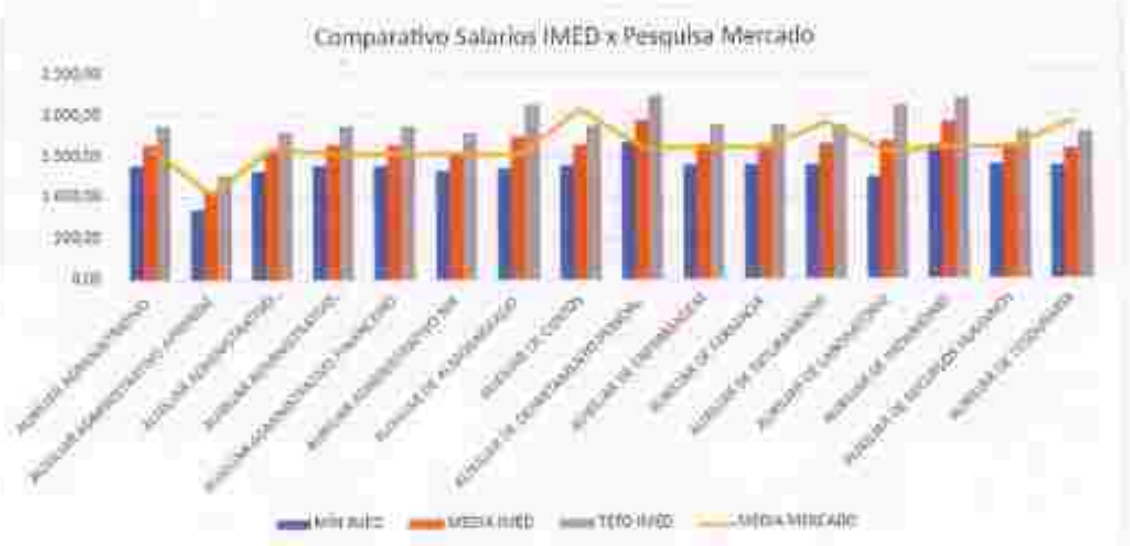
Pesquisa Salarial



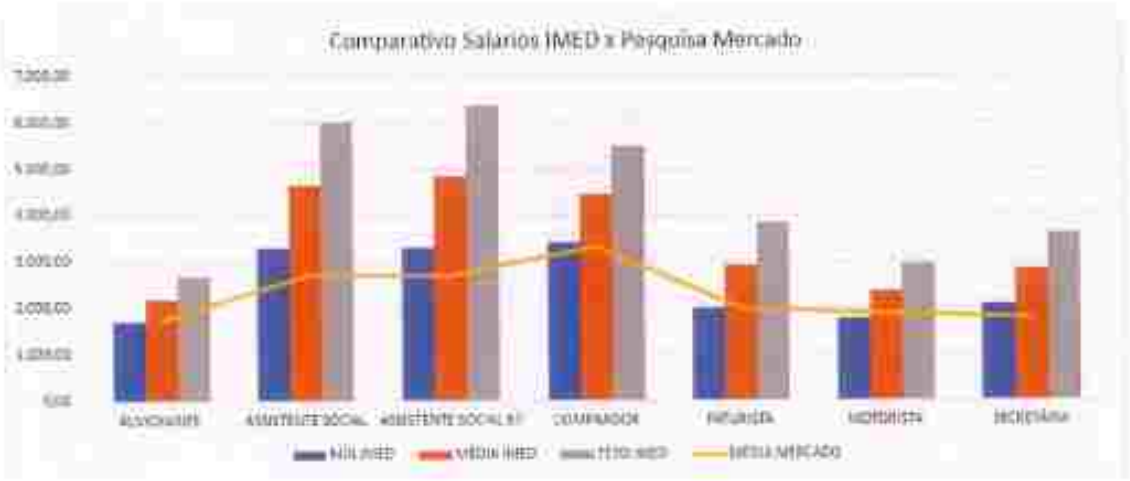
Comparativo Salários: Analistas



Comparativo Salários: Assistentes



Comparativo Salários: Auxiliares



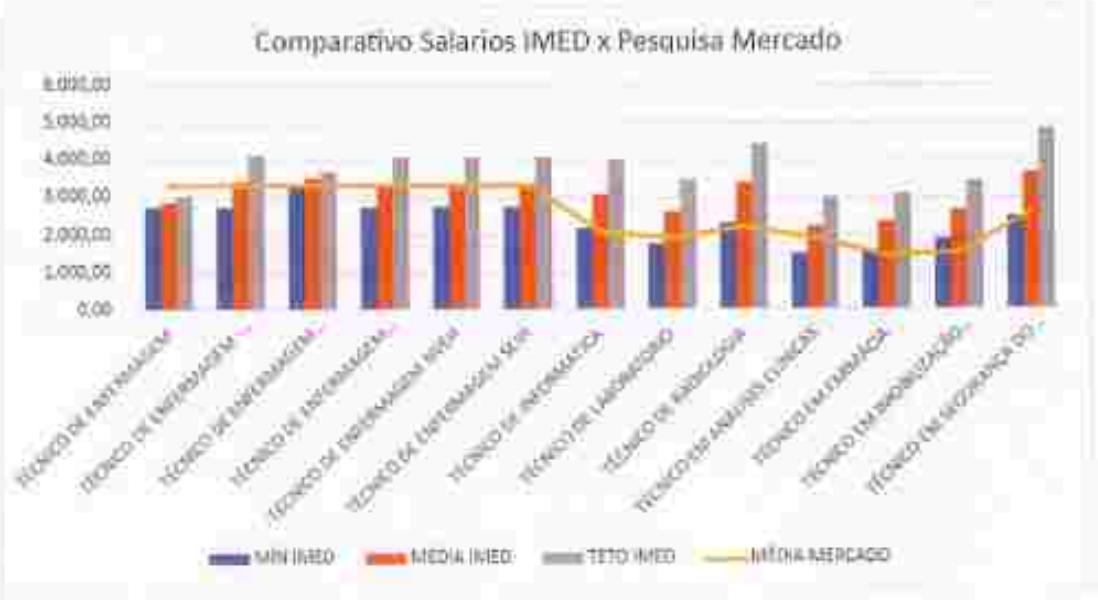
Comparativo Salários: Funcional



Comparativo Salários: Profissional

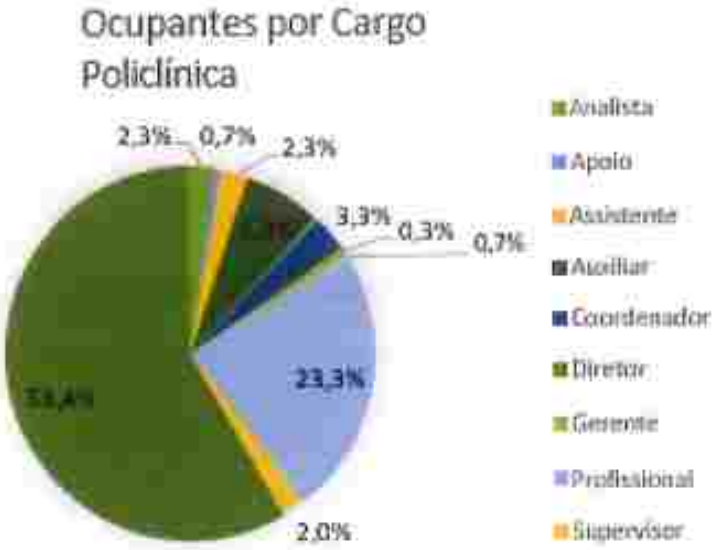


Comparativo Salários: Enfermeiros



Comparativo Salários: Técnicos

Pesquisa Salarial





NÚMERO DE COLABORADORES	MAIOR SALÁRIO	MENOR SALÁRIO	MÉDIA SALARIAL	FEMININO	MASCULINO
302	R$ 20.384,75	R$ 917,59	R$ 2.982,78	239	63
				79%	21%



Fonte da pesquisa salarial **https://www.salario.com.br/busca-salarial/Formosa**
https://www.glassdoor.com.br

Região Centro Oeste – Estado Goiás

Tabela de Remunerações Iniciais

CARGO	ÁREA	NÍVEL	CATEGORIA	NÍVEL I
ALMOXARIFE	OPERAÇÃO	MÉDIO	APOIO	1.704,00
ANALISTA ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	3.112,28
ANALISTA CONTÁBIL	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	2.935,92
ANALISTA DE CONTRATOS	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	3.049,70
ANALISTA DE CONTROLADORIA	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	2.823,80
ANALISTA DE CONTROLES INTERNOS	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	3.049,70
ANALISTA DE CUSTOS	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	3.427,38
ANALISTA DE DEPARTAMENTO PESSOAL	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	2.514,64
ANALISTA DE ENGENHARIA CLÍNICA	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	3.753,48
ANALISTA DE EXPERIÊNCIA DO PACIENTE	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ANALISTA	2.896,56
ANALISTA DE FATURAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	2.471,00
ANALISTA DE GESTÃO DE PESSOAS	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	3.932,64

ANALISTA DE INDICADORES BI	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	3.342,82
ANALISTA DE LOGÍSTICA	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	2.876,31
ANALISTA DE ORÇAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	3.404,44
ANALISTA DE PATRIMÔNIO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	2.896,56
ANALISTA DE PROJETOS	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	3.753,48
ANALISTA DE QUALIDADE	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ANALISTA	3.342,82
ANALISTA DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	3.932,64
ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	2.665,41
ANALISTA DE SAÚDE OCUPACIONAL	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ANALISTA	2.514,64
ANALISTA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	3.342,94
ANALISTA DE TESOURARIA	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	2.513,78
ANALISTA DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	3.932,64
ANALISTA FINANCEIRO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ANALISTA	3.404,44
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE	1.698,78
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO DE FATURAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE	1.698,78

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	ASSISTENTE	1.698,78
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO QUALIDADE	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	ASSISTENTE	1.698,78
ASSISTENTE DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE	1.698,78
ASSISTENTE DE COMPRAS	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE	1.412,00
ASSISTENTE DE CUSTOS	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE	1.522,00
ASSISTENTE DE FARMÁCIA	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	ASSISTENTE	1.533,06
ASSISTENTE DE FATURAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE	1.698,78
ASSISTENTE DE GESTÃO DE PESSOAS	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE	1.765,35
ASSISTENTE DE LABORATORIO	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	ASSISTENTE	1.412,00
ASSISTENTE DE LOGÍSTICA	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE	1.667,32
ASSISTENTE DE ORÇAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE	1.765,35
ASSISTENTE DE PATRIMONIO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE	1.412,00
ASSISTENTE DE QUALIDADE	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	ASSISTENTE	1.577,46

ASSISTENTE DE RECEPÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE	1.412,00
ASSISTENTE DE RECURSOS HUMANOS	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE	1.698,78
ASSISTENTE DE TESOURARIA	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE	1.765,35
ASSISTENTE EXECUTIVO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	ASSISTENTE	3.070,44
ASSISTENTE FINANCEIRO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	ASSISTENTE	1.660,50
ASSISTENTE SOCIAL	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	APOIO	3.286,73
ASSISTENTE SOCIAL RT	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	APOIO	3.286,44
AUXILAR DE GESTÃO DE PESSOAS	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR	1.670,80
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR	1.412,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO APRENDIZ	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR	962,73
AUXILIAR ADMINISTRATIVO ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	AUXILIAR	1.412,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO FATURAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR	1.412,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO FINANCEIRO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR	1.412,00

AUXILIAR ADMINISTRATIVO NIR	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR	1.412,00
AUXILIAR DE ALMOXARIFADO	OPERAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR	1.412,00
AUXILIAR DE CUSTOS	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR	1.412,00
AUXILIAR DE DEPARTAMENTO PESSOAL	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR	1.670,80
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	AUXILIAR	2.375,00
AUXILIAR DE FARMACIA	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	AUXILIAR	1.412,00
AUXILIAR DE FATURAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR	1.412,00
AUXILIAR DE LABORATÓRIO	ASSISTÊNCIA	MÉDIO	AUXILIAR	1.412,00
AUXILIAR DE PATRIMONIO	OPERAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR	1.620,00
AUXILIAR DE RECURSOS HUMANOS	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR	1.412,00
AUXILIAR DE TESOURARIA	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	AUXILIAR	1.412,00
BIOMÉDICO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL	3.067,64
COMPRADOR	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	APOIO	3.404,44
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR	3.753,48
COORDENADOR DE ALMOXARIFADO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR	3.753,48
COORDENADOR DE SCIH	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR	5.325,00

COORDENADOR DE COMPRAS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR	6.157,85
COORDENADOR DE CUSTOS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR	7.247,70
COORDENADOR DE DEPARTAMENTO PESSOAL	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR	5.812,02
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR	5.700,00
COORDENADOR DE ENFERMAGEM CC	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR	5.700,00
COORDENADOR DE ENFERMAGEM CME	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR	5.700,00
COORDENADOR DE ENFERMAGEM NIR	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR	5.700,00
COORDENADOR DE ENFERMAGEM ONCOLOGIA	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR	5.700,00
COORDENADOR DE ENFERMAGEM UTI	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR	5.700,00
COORDENADOR DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR	4.213,27
COORDENADOR DE EXPERIENCIA DO PACIENTE	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR	4.361,04
COORDENADOR DE FACILITIES	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR	4.112,12

COORDENADOR DE FARMÁCIA	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR	5.067,69
COORDENADOR DE FATURAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR	4.112,12
COORDENADOR DE FISIOTERAPIA	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR	4.112,12
COORDENADOR DE GESTÃO DE PESSOAS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR	5.812,02
COORDENADOR DE LABORATÓRIO	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR	3.592,00
COORDENADOR DE OPERAÇÕES	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR	4.112,12
COORDENADOR DE ORÇAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR	6.422,82
COORDENADOR DE PATRIMONIO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR	3.753,48
COORDENADOR DE PROJETOS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR	6.588,82
COORDENADOR DE QUALIDADE	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR	5.115,05
COORDENADOR FINANCEIRO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	COORDENADOR	6.588,82
COORDENADOR NVEH/ PGRSS	ASSISTÊNCIA	LÍDER	COORDENADOR	5.325,00
DIRETOR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR	14.509,47

DIRETOR ADMINISTRATIVO CORPORATIVO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR	22.310,02
DIRETOR ADMINISTRATIVO POLICLÍNICA AR	ASSISTÊNCIA	LÍDER	DIRETOR	14.509,47
DIRETOR ASSISTENCIAL	ASSISTÊNCIA	LÍDER	DIRETOR	14.375,12
DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR	16.933,09
DIRETOR DE ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	LÍDER	DIRETOR	13.345,56
DIRETOR DE OPERAÇÕES	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR	13.345,69
DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR	22.310,02
DIRETOR DE SERVIÇOS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR	13.345,69
DIRETOR FINANCEIRO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR	17.961,16
DIRETOR GERAL	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	DIRETOR	22.310,02
DIRETOR TÉCNICO POLICLÍNICA AR	ASSISTÊNCIA	LÍDER	DIRETOR	17.496,18
ENFERMEIRO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO	4.750,00
ENFERMEIRO AUDITOR	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO	4.750,00
ENFERMEIRO CENTRO CIRÚRGICO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO	4.750,00
ENFERMEIRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO	4.750,00

ENFERMEIRO DE QUALIDADE	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO	4.750,00
ENFERMEIRO DO TRABALHO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO	4.750,00
ENFERMEIRO EPIDEMIOLOGISTA	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO	4.750,00
ENFERMEIRO NIR	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO	4.750,00
ENFERMEIRO OBSTÉTRICO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO	4.750,00
ENFERMEIRO RT	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO	4.750,00
ENFERMEIRO SCIH	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO	4.750,00
ENFERMEIRO TERAPIA INTENSIVA	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	ENFERMEIRO	4.750,00
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	PROFISSIONAL	5.812,02
ESTAGIÁRIO	ADMINISTRAÇÃO	SUPERIOR	PROFISSIONAL	1.357,00
FARMACÊUTICO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL	3.904,66
FARMACEUTICO CLÍNICO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL	4.304,88
FARMACEUTICO RT	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL	4.304,88
FATURISTA	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	APOIO	1.978,57
FISIOTERAPEUTA	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL	2.700,00
FISIOTERAPEUTA RT	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL	3.186,00
FISIOTERAPEUTA UTI	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL	3.024,00
FONOAUDIÓLOGO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL	3.003,49

GERENTE ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE	7.569,72
GERENTE ASSISTENCIAL	ASSISTÊNCIA	LÍDER	GERENTE	10.590,80
GERENTE DE COMPRAS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE	10.590,80
GERENTE DE ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	LÍDER	GERENTE	6.902,88
GERENTE DE ENGENHARIA CLÍNICA	ASSISTÊNCIA	LÍDER	GERENTE	7.769,52
GERENTE DE EXPERIENCIA DO PACIENTE	ASSISTÊNCIA	LÍDER	GERENTE	10.633,50
GERENTE DE FACILITIES	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE	7.630,07
GERENTE DE FARMÁCIA	ASSISTÊNCIA	LÍDER	GERENTE	7.136,09
GERENTE DE GESTÃO DE PESSOAS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE	10.480,00
GERENTE DE INFRAESTRUTURA	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE	9.461,47
GERENTE DE MANUTENÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE	5.630,22
GERENTE DE PROJETOS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE	7.024,21
GERENTE DE QUALIDADE	ASSISTÊNCIA	LÍDER	GERENTE	9.461,47
GERENTE FINANCEIRO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	GERENTE	9.960,01
MÉDICO DO TRABALHO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL	7.567,01
MOTORISTA	OPERAÇÃO	MÉDIO	APOIO	1.757,65
NUTRICIONISTA	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL	2.957,02
ODONTÓLOGO	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL	3.931,20

OUVIDOR	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL	1.563,04
PSICÓLOGO POLICLÍNICA AR	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL	3.003,49
SECRETÁRIA	ADMINISTRAÇÃO	MÉDIO	APOIO	2.067,12
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	SUPERVISOR	2.472,77
SUPERVISOR DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	SUPERVISOR	2.326,24
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	LÍDER	SUPERVISOR	4.750,00
SUPERVISOR DE GESTÃO DE PESSOAS	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	SUPERVISOR	4.112,12
SUPERVISOR DE INDICADORES	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	SUPERVISOR	4.173,11
SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	SUPERVISOR	3.859,00
SUPERVISOR DE OUVIDORIA	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	SUPERVISOR	2.533,59
SUPERVISOR DE SAÚDE OCUPACIONAL	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	SUPERVISOR	4.212,11
SUPERVISOR DE SEGURANÇA DO TRABALHO	ADMINISTRAÇÃO	LÍDER	SUPERVISOR	3.861,00
SUPERVISOR DE FISIOTERAPIA	ASSISTÊNCIA	LÍDER	SUPERVISOR	3.791,94

SUPERVISOR DE SERVIÇO SOCIAL	ASSISTÊNCIA	LÍDER	SUPERVISOR	3.791,94
SUPERVISOR DE PSICOLOGIA	ASSISTÊNCIA	LÍDER	SUPERVISOR	3.791,94
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO	3.325,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - INST. CIRÚRGICO	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO	3.325,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM DIARISTA	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO	3.325,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM EPIDEMIOLOGIA	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO	3.325,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM NVEH	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO	3.325,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM SCIH	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO	3.325,00
TÉCNICO DE INFORMÁTICA	ADMINISTRAÇÃO	TÉCNICO	TÉCNICO	2.162,16
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO	1.748,59
TÉCNICO DE RADIOLOGIA	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO	2.289,60
TÉCNICO EM ANÁLISES CLÍNICAS	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO	1.461,86
TÉCNICO EM FARMÁCIA	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO	1.581,62
TÉCNICO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA	ASSISTÊNCIA	TÉCNICO	TÉCNICO	1.883,32

TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	OPERAÇÃO	TÉCNICO	TÉCNICO	2.488,90
TERAPEUTA OCUPACIONAL	ASSISTÊNCIA	SUPERIOR	PROFISSIONAL	3.668,46

Glossário

Para compreensão do plano, apresentamos os conceitos gerais utilizados nesta política:

Avaliação de Desempenho: Verificação dos resultados alcançados comparados com os padrões de desempenho estabelecidos;

Amplitude de Classe: Percentual correspondente à diferença entre o menor e maior valor remuneratório de uma classe salarial;

Cargo: Conjunto de atribuições de natureza e requisitos semelhantes e que tem responsabilidades específicas a serem praticadas pelo colaborador;

Cargo amplo: Cargos de natureza abrangente, dos diferentes grupos organizacionais, cujas atribuições poderão ser exercidas em diversas áreas de conhecimento do ambiente organizacional da organização;

Carreira: É a estruturação de cargos da mesma natureza em níveis salariais distintos em razão de maior conhecimento, experiência e competências individuais exigidas;

Classe: Compreende o grau de complexidade das atribuições e responsabilidades, expressas por padrões hierarquizados dentro de um cargo que se reflete em valores organizados em níveis. Esses níveis correspondem a trajetória salarial no mesmo grau de complexidade ou maturidade;

Competências: Conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes individuais aplicadas ao trabalho, que permitem ao indivíduo desenvolver as atribuições exigidas no seu cargo;

Desenvolvimento de carreira: Processo de crescimento profissional do empregado para assumir e executar atribuições de maior complexidade;

Colaborador: Pessoa contratada pela Policlínica, para o exercício de cargo ou função;

Enquadramento Funcional: Posicionamento do colaborador neste Plano de Cargos, Carreiras e Salários da Policlínica, de acordo com os requisitos exigidos para o cargo definido no processo seletivo;

Estrutura Salarial: Representada por grupo organizacional, classe e níveis salariais onde constam desde o menor até o maior salário pago;

Faixa Nível Salarial: Escala de valores, com limite inicial e final, estabelecido para cada classe de um cargo;

Função: Conjunto delimitado de atividades que apresentam substancial identidade de natureza, complexidade, requisitos e condições de trabalho;

Grupo Organizacional: Conjunto de cargos agrupados em níveis de escolaridade;

Maturidade: Crescimento profissional na carreira como resultado de sua experiência e vivência organizacional (interna e externa);

Nível Salarial: Representa cada um dos valores remuneratórios de uma classe;

Progressão Salarial: Mudança de enquadramento salarial do colaborador de um nível para outro superior, dentro da mesma classe do seu cargo, e de uma classe para outra dentro de mesmo grupo ocupacional;

Remuneração: Somatório dos valores correspondente ao nível salarial acrescido dos adicionais e vantagens recebidas pelo empregado;

Salário Base: Corresponde ao salário fundamental, sem o acréscimo de importâncias fixas ou variáveis com as quais se completa a remuneração global dos empregados;

Step: Percentual aplicado entre os níveis salariais da tabela, de forma a permitir aos empregados avanços horizontais na carreira.

3.5.3 - Proposta para estabelecimento de Normas de Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Sugestão de Condutas para Combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.



O IMED através de sua política de gestão de pessoas busca contemplar os aspectos relacionados à produção de saúde por meio do estabelecimento de políticas e normas que orientem o relacionamento humanizado sem perder o foco nos resultados.

A determinação da força de trabalho necessária para o cumprimento do "propósito" da POLICLÍNICA ESTADUAL DE REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA será definida, respeitando as características próprias da unidade, visando o pleno atendimento de sua vocação.

As atividades pertinentes à gestão de pessoas, adotarão a conceituação que melhor se adeque ao perfil da Policlínica, e serão realizadas de forma abrangente e corporativa, com a implementação de diversas frentes de trabalho.

A política de gestão de pessoas toma evidência com a aplicação de instrumentos que lhe deem tangibilidade. Desta forma, as iniciativas adotadas deverão responder aos aspectos legais, ao padrão de qualidade adotado pelo IMED, a busca pelo relacionamento equitativo com a força de trabalho e as particularidades da Policlínica.

NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL

CAPÍTULO I – Do Objetivo da Norma

Estabelecer diretrizes e critérios que viabilizem os processos de recrutamento, seleção, contratação e desligamento, visando atrair talentos internos e externos com capacidade para agregar valor ao POLICLÍNICA ESTADUAL DE REGIÃO DO ENTORNO -

FORMOSA.

CAPÍTULO II – Do Procedimento de Recrutamento e Seleção

Art. 1 - MOTIVO DA SELEÇÃO:

I. Substituição de colaborador: desligamento, remanejamento, promoção, afastamento (superior a 30 dias), licença maternidade, falecimento e aposentadoria.

II. Aumento de quadro de pessoal (contrato de prazo indeterminado ou determinado): face às alterações do volume ou complexidade do trabalho ou para trabalhos excepcionais decorrentes de necessidades adversas.

Art. 2 - ABERTURA E ANÁLISE DA VAGA:

I. Para qualquer caso, a abertura de vagas ocorrerá após o preenchimento e aprovação do formulário de Requisição/Movimentação de Pessoal.

a. Aprovação: substituições deverão ser aprovadas pela diretoria da unidade, já os aumentos de quadro deverão ser aprovados pela diretoria de Recursos Humanos.

II. Para o preenchimento da Requisição de Pessoal, o Gestor solicitante deverá se atentar para existência do cargo em questão, caso se trate de novo cargo, deverá ser requisitada, de antemão, a criação da descrição de cargo, só após, poderá ser feita a Requisição de Pessoal.

a. Toda Requisição em aberto terá validade máxima de 60 dias, caso haja dificuldade devido à especificidade do perfil, o RH e o Gestor requisitante reavaliarão o perfil.

Art. 3 - PROCESSO SELETIVO:

I. O Instituto valoriza o ser humano e suas diversidades, por isso trata todos os candidatos com dignidade e respeito. O processo seletivo seguirá as etapas abaixo, podendo ser alterado conforme decisão da área de RH, sempre garantindo a qualidade e eficácia do resultado.

II. A responsabilidade de aprovação do candidato no processo seletivo deve ser compartilhada entre o solicitante e a área de RH, baseando-se no perfil da vaga e resultado da avaliação do candidato. Caso haja um candidato contraindicado pelo RH e o

Gestor queira contratá-lo, deverá aprovar junto à Diretoria da Unidade.

Art. 4 - ETAPAS DO PROCESSO SELETIVO:

As etapas do processo seletivo serão as seguintes, considerando o perfil de complexidade de cada vaga:

I. Captação de candidatos e triagem por meio de análise curricular (etapa obrigatória e eliminatória);

II. Avaliação/Prova Teórica (etapa classificatória e eliminatória);

III. Avaliação/Prova Prática (quando for possível, etapa classificatória e eliminatória);

IV. Dinâmica de Grupo (etapa opcional e eliminatória);

a. Visa analisar o comportamento em grupo do candidato. Realizada pela profissional de RH com a participação do Gestor requisitante.

V. Entrevista Individual (etapa obrigatória e eliminatória no processo seletivo de todas as funções);

VI. Realizado pela Analista de R&S responsável pela área, podendo ter a participação do Gestor requisitante;

VII. Entrevista Técnica (etapa obrigatória e eliminatória):

a. Realizada pelo Gestor requisitante, podendo ter participação do Analista de RH.

VIII. Avaliação Psicológica, etapa obrigatória para médicos, serviço de enfermagem, fisioterapia, farmácia e eliminatória no processo seletivo de todas as funções: Analisar o perfil psicológico do candidato;

IX. Para cada função há uma bateria de testes específica de acordo como as competências desejáveis para o exercício da função. Esta etapa é realizada pelo profissional de Psicologia. Após a aplicação da bateria de testes, é elaborado o Parecer Psicológico do candidato, que aborda as seguintes características: síntese da entrevista, dados coletados a partir da avaliação psicológica e o parecer final do RH;

X. Exames Admissionais (etapa obrigatória e eliminatória no processo seletivo):

a. Cabe ao RH o encaminhamento do candidato para os exames admissionais. Realizado conforme PCMSO. Em nenhuma hipótese, será admitido um novo colaborador com pendência de exames.

XI. Entrega de Documentação (etapa obrigatória e eliminatória no processo seletivo).

a. Cabe ao RH a entrega da lista de documentação, com determinação de prazo para a entrega pelo candidato. Em nenhuma hipótese, será admitido um novo colaborador com pendência de documentos.

Art. 5 - RECRUTAMENTO E SELEÇÃO INTERNO:

I. Tem como objetivo valorizar os colaboradores do Instituto, oferecendo oportunidade de desenvolvimento de carreira;

II. O recrutamento interno deverá ser uma das modalidades, e não a regra, para o preenchimento de vagas conforme sua especificidade, urgência e necessidade;

III. A divulgação deverá ser realizada através de e-mail corporativo, murais da unidade, jornais institucionais e demais meios de comunicação existentes;

IV. O colaborador deverá procurar o RH para inscrição mediante preenchimento do formulário de Seleção Interna, que deverá ser aprovado pelo Gestor Imediato.

V. Após a inscrição, os candidatos internos são submetidos as etapas do processo seletivo, conforme descrito no item anterior;

VI. Condições/requisitos para participação do processo seletivo interno:

a. O colaborador deve ter vínculo CLT com o Instituto (contrato de prazo indeterminado);

b. Ter preferencialmente, no mínimo um ano na função atual;

c. Não ter participado de processo seletivo interno para vagas na mesma função em um prazo inferior a seis meses;

d. Estar em dia com os exames periódicos e ter baixo índice de absenteísmo;

e. Não ter recebido penalização disciplinar (advertências ou suspensões) nos últimos 2 anos;

f. Ser aprovado nos exames médicos para a mudança de função, caso necessário;

g. O colaborador aprovado em seleção interna deverá ser liberado para a nova área dentro do prazo de 30 dias, independente de já ter sido substituído;

h. O colaborador ao ser promovido para a nova função não poderá mais retornar à função anterior;

VII. Havendo candidato aprovado:

a. A área solicitante, deverá preencher o formulário de Requisição/Movimentação de Pessoal, a fim que seja feita a programação da mudança de função e setor;

b. A área descoberta, deverá preencher o formulário de Requisição/Movimentação de Pessoal, para a abertura de vaga de substituição;

VIII. O RH procederá com a divulgação do resultado da seleção interna, seguindo prazo e meios divulgados no edital.

Art. 6 - RECRUTAMENTO E SELEÇÃO EXTERNO:

I. Tem como objetivo contratar profissionais que possam agregar valor ao Instituto.

II. Processo efetuado através de seleção pública mediante ampla divulgação das vagas.

III. O comunicado do recrutamento dar-se-á por meio de publicação de Edital, com o prazo de início e término do período de inscrições, contendo o "cargo" com indicação do site do IMED para consulta do edital com as informações adicionais acerca da vaga.

IV. O site do IMED informará obrigatoriamente o cargo, o número de vagas, a carga horária, salário, benefícios, perfil básico exigido para o cargo ou função, etapas do processo, o endereço e prazo para o cadastro dos currículos.

V. Outros meios de comunicação, poderão ser utilizados sempre que a administração julgar conveniente.

VI. Nos processos seletivos ofertados pelo IMED fica vedado (a):

a. A contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim,

em linha reta ou colateral, de 1º (primeiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, bem como de diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos ao contrato de gestão;

b. A contratação de candidatos em funções nas quais possa haver algum colaborador com grau de parentesco e isso gere relação de reporte imediato ou conflito de interesses;

c. O estabelecimento de avença com pessoas jurídicas ou instituições das quais façam parte os seus dirigentes ou associados.

VII. Parágrafo 1º - O disposto no inciso I deste artigo não se aplica quando o interessado houver se submetido a prévio processo seletivo que observe as regras deste regulamento.

VIII. Candidatos indicados pelo Gestor requisitante, ou por outros colaboradores, participarão do processo seletivo de acordo com os procedimentos estabelecidos nesta norma e concorrerão em igualdade com todos os demais participantes.

IX. Após o recrutamento, os candidatos externos são submetidos as etapas do processo seletivo, conforme descrito acima.

X. Deverão ser encaminhados para cada vaga, três candidatos para entrevista técnica com o Gestor requisitante. No caso de vaga com maior complexidade decorrente de escassez no mercado ou conhecimento técnico muito específico será encaminhado o número de candidatos possível.

XI. O processo seletivo deverá ter prazo médio de 21 dias corridos para finalização do processo seletivo, não considerando as etapas que precedem a admissão: exames médicos e entrega de documentos.

XII. Os cargos estratégicos de Coordenação, Gerência e Diretoria não estão considerados nesse critério, pois podem exigir tempo superior, dependendo da complexidade e exigências.

XIII. A participação de ex-colaborador é permitida no processo seletivo externo desde que sejam respeitados os seguintes critérios:

a. Histórico profissional positivo, não devendo ter faltas disciplinares ou alto absenteísmo;

b. Ter sido desligado ou pedido desligamento do Instituto a mais de seis meses, desde que não tenha sido por justa causa ou por rescisão indireta;

c. As exigências previstas no processo de recrutamento e seleção não se aplicam aos cargos de gestão (considerados de confiança), sendo esses: Coordenação, Gerência e Diretoria.

CAPÍTULO III – Do Procedimento de Contratação

Art. 1 - FORMAS DE CONTRATAÇÃO:

As formas possíveis de contratação de colaboradores no Instituto serão as seguintes:

I. CLT contrato de prazo indeterminado – Lei Nº 5.452/1943

II. CLT contrato de prazo determinado: Lei Nº 229/1967 – em caso de acréscimo extraordinário de trabalho ou substituição de colaboradores afastados por auxílio doença, após o décimo quinto dia de afastamento e com previsão de afastamento superior a 30 dias no mínimo, auxílio maternidade ou acidente do trabalho.

III. Jovens Aprendizes (CLT) – Lei Nº 10.097/2000.

IV. Estagiários – Lei Nº 11.788/2008.

Art. 2 - CONTRATAÇÃO DE JOVEM APRENDIZ:

I. Tem por objetivo ofertar para o jovem a oportunidade de ingresso no mercado de trabalho, desenvolvimento pessoal e profissional, além de atender as determinações legais.

II. Para a participação no processo seletivo é pré-requisito ter entre 18 a 22 anos.

III. A contratação deste possui duração de no máximo dois anos, conforme previsto na legislação.

IV. Os jovens aprendizes serão assistidos pelo RH e pela Instituição formadora, sendo que essa desenvolverá um programa específico de capacitação ao longo do período de

permanência deles no Instituto, visando um melhor rendimento interno.

Art. 3 - CONTRATAÇÃO DE ESTAGIÁRIO:

I. Tem por objetivo capacitar estudantes de cursos de graduação, expandindo o conhecimento teórico-prático e desenvolvendo competências comportamentais para atender as demandas futuras do Instituto.

II. A contratação de estagiários possui duração de no máximo dois anos e será efetuada de acordo com a Lei Nº 11.788/2008.

III. O curso deve estar em consonância com as atividades que o estagiário irá desenvolver visando o seu desenvolvimento e estímulo ao aprendizado.

IV. Os estagiários serão assistidos pelo RH, área que desenvolverá um programa especifico de capacitação ao longo do período de permanência, visando potencializar o rendimento interno.

Art. 4 - CONTRATAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD):

I. Tem por objetivo promover a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, atendendo assim as determinações legais referentes a inclusão.

II. É de responsabilidade do setor de Medicina Ocupacional proceder as avaliações visando o enquadramento do candidato a condição de PCD, bem como de correlacionar a função e o posto de trabalho com as suas condições.

III. Qualquer vaga poderá ser preenchida por PCD, desde que atendidos os requisitos mínimos do cargo.

IV. A substituição de PCD deverá ocorrer preferencialmente por outro PCD.

Art. 5 - RESPONSABILIDADES DA ÁREA SOLICITANTE:

I. Dimensionar o impacto financeiro da contratação e verificar a existência de recursos orçamentários, junto ao RH.

II. Emitir o formulário de Requisição/Movimentação de Pessoal, em via única, especificando o perfil e a justificativa da vaga solicitada, aprovado formalmente pelo Diretor da unidade. Para aumento de quadro, caberá à Diretoria de RH ou cargo equivalente a aprovação da vaga.

III. Receber os candidatos encaminhados pela área de RH para realização de entrevista técnica.

IV. Registrar em formulário específico as considerações sobre os candidatos, indicando quais o (s) aprovado (s) e reprovado (s) em um prazo máximo de 48h, a fim de viabilizar o encerramento do processo.

V. Providenciar o mobiliário, os equipamentos necessários, bem como liberação de acessos a e-mail e demais sistemas, a fim de que o candidato aprovado possa exercer devidamente suas funções.

Art. 6 - CONVOCAÇÃO DE CANDIDATO PARA ADMISSÃO E FECHAMENTO DA VAGA:

I. É de responsabilidade exclusiva do RH comunicar ao candidato sobre sua continuidade no processo, encaminhá-lo para a realização de exames admissionais, disponibilizar a este a lista de documentação necessária, receber o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO, conferir e arquivar toda essa documentação e proceder os registros no sistema.

II. Qualquer comunicação aos candidatos relacionada ao processo admissional deve ser realizada apenas após a conclusão de todas as etapas do processo seletivo e exclusivamente pela área de R&S.

Art. 7 - PROCEDIMENTO DE CONTRATAÇÃO:

I. O procedimento de contratação deverá respeitar a legislação vigente à época da admissão do colaborador.

II. As admissões somente poderão ocorrer após o candidato ser aprovado no processo de seleção e no exame médico admissional.

III. Os candidatos aprovados nos processos seletivos receberão a relação de documentos que deverão entregar para que a contratação seja efetivada. Após a entrega de toda a documentação obrigatória à contratação, a Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) deverá ser assinada e devolvida, em um prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

IV. A data de admissão deverá preferencialmente ocorrer às segundas ou terças-feiras e até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, cabendo exceções para casos específicos.

V. Em caso de movimentação interna do colaborador, a área de Recursos Humanos deverá

realizar a mudança do cargo e ajustes de remuneração na CTPS do colaborador, sendo aplicável tal mudança sempre no dia 1 (um) do mês posterior a aprovação.

CAPÍTULO IV – Do Procedimento de Integração e Controle de Experiência

Art. 1 - INTEGRAÇÃO DO NOVO COLABORADOR:

I. Após a entrega da documentação, o RH irá agendar a data de início do candidato, sendo que o primeiro dia de trabalho será destinado para a integração, que inclui: a) apresentação institucional, b) normas e regulamentos internos, c) políticas de segurança do trabalho e qualidade, d) protocolos internos e boas práticas, e) visita pela unidade e f) apresentação para a área.

II. As áreas poderão solicitar integrações específicas para seus novos colaboradores, principalmente de cunho técnico.

III. O RH oficializará a contratação e o início das atividades profissionais dos novos colaboradores enviado um comunicado formal ao setor e as áreas envolvidas na integração.

IV. Para os cargos estratégicos, coordenação, gerência e diretoria haverá condução desse profissional pelo RH até a chefia da área. Para os demais níveis, a apresentação do novo colaborador na área e áreas de relacionamento direto será de responsabilidade do Gestor imediato.

Art. 2 - PERÍODO DE EXPERIÊNCIA:

I. O contrato de experiência é uma modalidade do contrato por prazo determinado, cuja finalidade é a de verificar se o novo colaborador demonstra aptidão para exercer a função para a qual foi contratado e adaptação às condições e ao ambiente de trabalho.

II. A avaliação do colaborador no período de experiência deverá ser vista pelo Gestor como a conclusão do processo seletivo e assim deverá ser concedida importância destacada a esse processo.

III. Conforme determina o artigo 445, parágrafo único da CLT, o contrato de experiência não poderá exceder 90 dias. O artigo 451 da CLT determina que o contrato de experiência só poderá sofrer uma única prorrogação, sob pena de ser considerado contrato por prazo indeterminado.

IV. O Instituto adota o contrato de 45 dias, prorrogáveis por mais 45 dias. Completado cada período, deve ser realizada pelo Gestor Imediato a Avaliação do Período de Experiência.

V. O RH deverá realizar o acompanhamento dos prazos e disponibilizar o Formulário de Avaliação do Período de Experiência para o Gestor responsável pela avaliação.

VI. A entrega da avaliação para o setor de Administração de Pessoal deve respeitar o prazo estipulado no formulário, a fim de evitar impactos financeiros.

VII. Sendo satisfatória a avaliação aos 90 dias, o colaborador será efetivado no Instituto. Caso contrário, será realizado o seu desligamento.

CAPÍTULO V – Do Procedimento e Diretrizes para Desligamento

Art. 1 - PROCEDIMENTO DE DESLIGAMENTO:

O procedimento de desligamento de colaboradores será pautado nas diretrizes a seguir delineadas, as quais deverão ser seguidas pela área de Recursos Humanos e demais áreas envolvidas:

FLUXO DE DESLIGAMENTO – TABELA I

FLUXO DE DESLIGAMENTO – TABELA I			
Atividades	**Descrições das Atividades**	**Áreas envolvidas**	**Responsabilidade**
1	Preencher o formulário de Solicitação de Desligamento que deverá ser aprovado pela diretoria Local e encaminhado para a diretoria de RH ou cargo equivalente	Gerência Requisitante e Diretoria de RH	Gestor
2	Avaliar os motivos do desligamento	Diretoria Requisitante e Diretoria de RH	Diretoria de RH
3°	Verificar se há estabilidade/penalidade para desligamento por iniciativa da empresa. Em caso de pedido de demissão, o colaborador elabora a carta abrindo mão de estabilidades existentes, e em casos de dispensa sem justa causa o colaborador é indenizado	RH, SESMT e Jurídico	RH

FLUXO DE DESLIGAMENTO – TABELA I			
4*	Comunicar à gerência requisitante a existência de estabilidade ou impossibilidade de desligamento, se aplicável	Gerência Requisitante, RH e Jurídico	RH
5**	O RH deve definir e informar a gerência solicitante a data do desligamento	RH e Gerência Solicitante	RH

FLUXO DE DESLIGAMENTO – TABELA I			
Atividades	**Descrições das Atividades**	**Áreas envolvidas**	**Responsabilidade**
6	Solicitar a devolução dos bens de uso através de formulário específico	Gerência Solicitante	Gestor
7	Solicitar a devolução do Crachá e enviar comunicado as áreas para ciência e cancelamento de acessos aos sistemas (e-mail, Trello, etc.) e à unidade	Gerência Solicitante, RH e Segurança	Gestor e RH
8***	Consultar valores a serem descontados na rescisão do colaborador	Contabilidade e RH	Contabilidade e RH
	Realizar conferência dos valores calculados para rescisão do colaborador		
	Disponibilizar arquivos necessários para pagamento da rescisão do colaborador		
9***	Gerar GRRF e enviar para pagamento	Contabilidade e Financeiro	Contabilidade e Financeiro
	Emitir recibo para pagamento da rescisão do colaborador		
10***	Agendar e formalizar homologação na própria empresa, para assinatura dos	RH	RH

FLUXO DE DESLIGAMENTO – TABELA I			
	termos e demais guias da rescisão de contrato. Toda documentação referente ao processo de desligamento do colaborador deverá ser arquivada no prontuário individual de cada colaborador		

I. Dispensa sem justa causa por contrato de prazo indeterminado: Gerência Requisitante comunica o RH Local e recebe documento para colher assinatura do colaborador para o aviso prévio, em duas vias, conforme Carta de Dispensa – Encaminha a primeira via para o colaborador e remete a segunda via para o RH, que por sua vez encaminhará para contabilidade. Caso o colaborador não queira assinar, solicita a 2 (duas) testemunhas que assinem o documento.

II. Dispensa sem justa causa por contrato de prazo determinado: Gerência Requisitante comunica o RH Local e recebe documento para colher assinatura do colaborador, em duas vias, conforme Carta de Dispensa – Encaminha a primeira via para o colaborador e remete a segunda via para a contabilidade.

III. Demissão motivada pelo colaborador (Pedido de Demissão): Gerência Requisitante solicita ao colaborador a formalização de próprio punho e assinada, remete ao RH local que, por sua vez, encaminhará a contabilidade.

IV. Dispensa por justa causa: Diretoria de RH consulta o jurídico para assegurar que o motivo da demissão é ensejador de justa causa, bem como se os documentos existentes que a amparam obedecem à legislação em eventual demanda jurídica contra a empresa. O Gestor comunica ao colaborador por escrito em 2 (duas) vias, colhe a assinatura do mesmo e de 2 (duas) testemunhas e envia uma via ao RH Local, que se encarregará de enviar toda a documentação ao jurídico.

V. Desligamento por morte: O RH local recebe a informação, envia a cópia da certidão de óbito para a contabilidade e rescinde o respectivo contrato de trabalho, agendando dia e horário com o dependente direto do (a) ex-colaborador (a) para homologação na própria empresa.

Nota: Não havendo definição quanto ao beneficiário legal para efeito de recebimento das verbas rescisórias do (a) colaborador (a) falecido (a), aguarda-se o recebimento de alvará judicial ou

documento equivalente para se efetuar o depósito do valor em juízo.

VI. O pagamento de multa no momento da rescisão ou a não autorização do desligamento dar-se-á nos seguintes casos:

a. Estabilidade adquirida através de CIPA ou diligência sindical;

b. Estabilidade adquirida por licença maternidade - desde a confirmação da gravidez até 5 (cinco) ou 7 (sete) meses após o parto -, dependendo da opção do período de licença maternidade;

c. Em gozo de férias;

d. Auxílio-doença ou acidente de trabalho;

e. Retorno de afastamento por acidente de trabalho nos últimos 12 (doze) meses; e

f. Período que antecede em 30 (trinta) dias o Acordo Coletivo na projeção do aviso prévio.

VII. A gerência solicitante deve verificar a necessidade, ou não, do cumprimento do Aviso Prévio nas condições de dispensa sem justa causa. Essa informação deve constar na carta de desligamento. O RH Local deve verificar o histórico do colaborador a ser desligado, informando por correio eletrônico ao Gerente Requisitante, confirmando ou não, a permissão de desligamento e a data limite na qual o colaborador poderá ser desligado, segundo calendário de fechamento da folha de pagamento.

VIII. Se houver algum impeditivo ao desligamento do colaborador, a gerência solicitante é informada e o desligamento deverá ser reavaliado até que o impedimento não exista mais.

** Procedimentos Específicos para a Atividade 5 descrita na tabela I – O RH Local deverá definir a data de demissão, a partir da qual se iniciará a contagem do prazo de 10 (dez) dias corridos para pagamento das verbas rescisórias e homologação. Exceção para a dispensa com término de contrato.

*** Procedimentos Específicos para as Atividades 8, 9 e 10 descritas na tabela I – O pagamento das verbas rescisórias deverá ser feito no prazo de 10 (dias) corridos, a partir da data de desligamento do (a) colaborador (a), exceto para os casos de término de

contrato de trabalho, que será no dia seguinte ao desligamento. O agendamento para homologação também ocorrerá dentro do prazo de 10 (dez) dias e caso o (a) ex-colaborador (a) não compareça na data marcada para a homologação, deverá ser feita anotação no verso do Termo de Rescisão: "O colaborador não compareceu e/ou negou-se a assinar os documentos rescisórios", preferencialmente a anotação deve contar com a assinatura de 2 (duas) testemunhas; também poderá ser solicitada ao Sindicato, uma carta de não comparecimento do (a) ex-colaborador (a).

IX. O RH Local deverá, na data da homologação de rescisão contratual ter os documentos assinados, conforme lista abaixo:

a) Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho em 5 (cinco) vias, sendo as 3 (três) vias para o colaborador, 1 (uma) para o RH Local que arquiva no prontuário do colaborador desligado e 1 (uma) para o sindicato da classe;

b) GRRF em 2 (duas) vias, sendo 1 (uma) para o colaborador, 1 (uma) para o RH Local que arquiva no prontuário do colaborador desligado;

c) Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS atualizada, não sendo permitido mencionar o motivo do desligamento do colaborador pela legislação vigente; e

d) Seguro-Desemprego, para desligamento sem justa causa e término de contrato de trabalho por prazo determinado, exceto menor aprendiz.

CAPÍTULO VI – Das Definições Gerais

I. Bens de Uso: Crachás, equipamentos, EPI's, uniformes, celular, notebook, veículo etc., utilizados pelo colaborador em suas atribuições do dia-a-dia.

II. Dispensa por Justa Causa: Dispensa de colaborador nas hipóteses previstas no art. 482 da CLT. A dispensa por justa poderá ainda ocorrer por culpa reciproca, e também por culpa exclusiva do empregador nas hipóteses previstas no art. 483 da CLT.

III. Dispensa sem Justa Causa: Ocorre quando o empregador dispensa o colaborador, sem justo motivo.

IV. Pedido de Demissão: Ocorre quando o próprio colaborador deseja rescindir o contrato sem justo motivo.

V. Gerência Requisitante: Diretoria ou Gerência.

VI. GRRF: Guia de Recolhimento Rescisório FGTS e Contribuição Social.

VII. Recrutamento: toda atividade desenvolvida com o intuito de atrair candidatos interessados ao preenchimento de cargo, a partir de uma vaga com perfil e necessidade previamente definidos.

VIII. Triagem: análise comparativa entre as informações registradas pelo candidato no currículo cadastrado e os requisitos publicados da vaga.

IX. Seleção: toda atividade desenvolvida para a escolha, dentre os candidatos triados, do profissional que melhor atende aos requisitos da vaga de trabalho oferecida.

X. Pessoal: todos os profissionais que desempenham atividade vinculada aos objetivos da Instituição, com vínculo empregatício direto, não terceirizado.

XI. Cargo: composição de todas as atividades desempenhadas pelo profissional empregado que podem ser englobadas em um todo unificado e que figura em certa posição formal do organograma do IMED.

XII. Função: conjunto de tarefas ou de atribuições, sistemáticas e reiteradas.

XIII. Remanejamento: movimentação de pessoal entre setores ou entre unidades, no mesmo cargo.

XIV. Promoção: alteração de cargo ou função, em linha ascendente, de profissional já empregado da Instituição.

XV. Recrutamento externo: conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos externos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.

XVI. Recrutamento interno: conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos internos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.

XVII. Recrutamento misto: conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos internos e externos, potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.

O IMED demonstra em suas Políticas Institucionais "DIRETRIZES GERAIS DOS PROCEDIMENTOS DE RECRUTAMENTO, SELEÇÃO, CONTRATAÇÃO E DESLIGAMENTO DE PESSOAL", o solicitado neste tópico. A seguir, documentos que servirão como base e norte para a gestão na Policlínica, caso necessário serão criados novos documentos

em adequação a especificidade da unidade do POLICLÍNICA ESTADUAL DE REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA.

Contrato de Trabalho

CONTRATO DE TRABALHO

Entre **IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento**, associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o número 19.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, nº 202, conj. nº 35, Bairro Bela Vista, São Paulo/SP, doravante designada simplesmente **EMPREGADORA** e [sic] FULANO, inscrito no CPF/MF, sob número XXX.XXX.XXX-XX, portador da CTPS [sic]nº: XXXXXXXXXX-GO, domiciliado à Rua Principal, nº 100, apto. 25, Bairro Jardim Novo, na cidade de XXXXGO, a seguir chamado apenas de **EMPREGADO**, é celebrado o presente **CONTRATO DE EXPERIÊNCIA**, de acordo com a legislação em vigor e demais condições a seguir especificadas:

1. Fica o **EMPREGADO** admitido no quadro de colaboradores da **EMPREGADORA** para exercer as funções de XXXXX, bem como demais funções que vierem a ser objeto de ordens verbais ou escritas, segundo as necessidades da **EMPERGADORA**, desde que compatíveis com a condição pessoal do **EMPREGADO**, nos termos do art. 456, Parágrafo Único da CLT.

2. O **EMPREGADO** receberá a remuneração de R$ 0,00, por mês.

3. 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 integra a obrigação do **EMPREGADO** de cumprir o horário/turno que lhe for determinado, observando o limite legal.

4. Obriga-se também 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 a ocorrência de compensação, com consequente redução da jornada de trabalho em outro dia.

5. 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, quando a remuneração.

6. Fica ajustado nos termos do que dispõe o Parágrafo 1º, do artigo 469, da Consolidação das Leis do trabalho, que o **EMPREGADO** acatará ordem emanada da **EMPREGADORA** para prestação de serviços tanto na localidade de Contrato de Trabalho, como em qualquer outra Cidade, Capital ou Vila do Território Nacional, que essa transferência seja transitória, quer seja definitiva.

7. 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.

8. Em caso de dano causado pelo **EMPREGADO**, fica a **EMPREGADORA**, autorizada a efetivar o desconto da importância correspondente ao prejuízo, o qual fará, com fundamento do

Parágrafo 1º do Artigo 462 da Consolidação das Leis do Trabalho, já que essa possibilidade fica expressamente prevista em Contrato.

9. O presente Contrato vigorará durante 45 dias, com início em 12/34/5678 e término 12/34/5678, devendo as partes verificarem reciprocamente, a conveniência ou não de vincularem entre si e em caráter definitivo, um Contrato de trabalho, podendo o presente Contrato de Experiência ser prorrogado, respeitando-se o prazo máximo de 90 dias e mediante assinatura do Termo de Prorrogação. A **EMPREGADORA** passando a conhecer as aptidões do **EMPREGADO** e suas qualificações pessoais e morais; o **EMPREGADO** verificando-se o ambiente e os métodos de trabalho atendem a sua conveniência.

10. Opera-se a rescisão do presente Contrato pelo decurso do prazo supra ou por vontade de uma das partes; rescindindo-se por vontade do **EMPREGADO** ou pela **EMPREGADORA** com justa causa, nenhuma indenização é devida; rescindindo-se, antes do prazo sem justa causa, fica a parte que der causa a rescisão obrigada a pagar 50% dos salários devidos até o final do período de experiência, nos termos dos artigos 479 e 480 da CLT, sem prejuízo do disposto no Regime do F.G.T.S. Nenhum aviso prévio é devido pela rescisão do presente Contrato.

11. Na hipótese deste ajuste transformar-se em Contrato de Prazo Indeterminado, pelo decurso do tempo, continuarão em plena vigência das cláusulas de 1 (um) a 8 (oito), enquanto durarem as relações de **EMPREGADO** com a **EMPREGADORA**.

E por estarem de pleno acordo, as partes contratantes, assinam o presente Contrato de Experiência em duas vias, ficando a primeira em poder da **EMPREGADORA**, e a segunda com o **EMPREGADO**, que dela dará o competente recibo.

XXX, 01 de Julho de 2021.

_____

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

_____

EMPREGADO

TESTEMUNHA
RG.:

TESTEMUNHA
RG.:

IMED

TERMO DE PRORROGAÇÃO

Por mútuo acordo entre as partes, fica o presente Contrato de Experiência, que deveria vencer nesta data 12/24/5078 prorrogado até 45 dias.

_____

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

_____

EMPREGADO

TESTEMUNHA

RG.:

TESTEMUNHA

RG.

Modelos de Formulários:

Requisição/Movimentação de Pessoal

IMED	FORMULÁRIO	Código: FM.GEP.RHN.GEP.004
		Data: 03/05/2021
	REQUISIÇÃO/MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL	Revisão: 00
		Página: 1 de 1

ORIENTAÇÕES
1. Todos documentos no campo de REQUISIÇÃO DE PESSOAL e MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL devem ser preenchidos eletronicamente no excel ou preenchimento manual.
2. Datas comuns devem ser inseridas, e para uso deverá solicitação deverá ser inserido no campo AUTORIZAÇÃO. Se não houver será considerado a data de RH.
3. As movimentações de pessoal devem ser preenchidas com antecedência. Toda movimentação ocorrerá posteriormente ao dia 1 (um) do mês posterior a sua solicitação.

REQUISIÇÃO DE PESSOAL					
Unidade:		Data de Solicitação:	26/10/2021	Área Solicitante:	
Solicitante:			Cargo do Solicitante:		
INFORMAÇÕES SOBRE A VAGA					
Modelo de Contratação:			Motivo:		
Vaga Solicitada:			Turno:		
Vaga Sigilosa?		Colaborador Substituído:			
Existe Descrição de Cargo?	Não	Status:	Antes de seguir, procure o RH para realizar a descrição do cargo		
USO EXCLUSIVO DO RH					
Início da Vaga:	26/10/2021	Prazo de Fechamento:	16/11/2021	Previsão de Admissão:	29/11/2021

MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL					
Motivo:		Data de Solicitação:		Data de Movimentação:	
Colaborador:				Alteração de Salário:	
Área atual:			Nova área:		
Cargo atual:			Novo cargo:		

OBSERVAÇÕES

AUTORIZAÇÃO		
Gerência Solicitante	Diretoria Local	Diretoria de Recursos Humanos
Autorizado: ( ) Sim ( ) Não	Autorizado: ( ) Sim ( ) Não	Autorizado: ( ) Sim ( ) Não
Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:

Seleção Interna

	FORMULÁRIO	Código: FM.SE.TRH.GEP.003
IMED		Data: 12/04/2021
	SELEÇÃO INTERNA	Revisão: 00
		Página: 1 de 1

INFORMAÇÕES DA VAGA	
CARGO PRETENDIDO:	**ÁREA PRETENDIDA:**
DATA DA DIVULGAÇÃO: ___/___/_____.	**DATA DA INSCRIÇÃO:** ___/___/_____.

DADOS DO COLABORADOR	
NOME:	
CARGO ATUAL:	**ÁREA ATUAL:**
DATA DE ADMISSÃO: ___/___/_____.	**TEMPO NA FUNÇÃO:** _____ – *(Mínimo 01 ano)*
REMUNERAÇÃO ATUAL: R$	**HORÁRIO DE TRABALHO:**

1. Você tem disponibilidade para mudança de turno?

( ) Sim

( ) Não

2. Considerando questões como faltas, atestados e pontualidade que nota você dá a si mesmo (a)?

Marque X

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Descreva os motivos pelos quais você se interessou na vaga que deseja concorrer:

_____

_____

_____

_____

4. Você atende os requisitos da vaga desejada? Justifique.

_____

_____

_____

Autorização do Gestor Atual: ( ) Sim ou Não ( ). Em caso negativo, justifique:

_____

_____

_____

Assinatura / Carimbo do Gestor Atual

Avaliação de Experiência

	FORMULÁRIO	Código: PM.HUTRIN.GEP.006
IMED		Data: 12/04/2021
	AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO - EXPERIÊNCIA	Revisão: 00
		Páginas: 1 de 1

COLABORADOR:
FUNÇÃO:

ADMISSÃO: 1/7/2020
SETOR:
PERÍODO: 30 Dias

INSTRUÇÕES GERAIS

1. Esta é a avaliação do período de experiência, que deve ser aplicada antes do colaborador completar 30/45 ou 60/90 dias.
2. É importante que você proceda sua objetiva e imparcial, avaliando as competências com base nas descrições e escala abaixo.
3. Escolha apenas uma opção para cada competência, marcando a pontuação que julgue mais adequada.
4. Só deverá ser efetivado(a) o(a) colaborador(a) que alcançar nota igual ou superior a 70, cabendo ao gestor justificar exceções.
5. Esta avaliação deverá ser realizada e devolvida ao setor de RH até o dia: 26/7/2020

	COMPETÊNCIAS	AVALIAÇÃO			
		INSATISFATÓRIO PARCIAL 0 a 3	REGULAR OU SUFICIENTE 4 a 6	ATENDE PLENAMENTE 7 a 8	EXCELENTE 9 a 10
1	GESTÃO DO TEMPO: Gerencia o tempo e administra as prioridades ao dia a dia para a produção de melhores resultados profissionais e pessoais.				10
2	ASSIDUIDADE E PONTUALIDADE: Comparece assiduo e pontualmente ao trabalho.				10
3	COMPROMETIMENTO: Cumpre as tarefas com o máximo comprometimento. Participa e motiva com sua participação em discussões advindas dos dias a dias e reuniões planejadas.				10
4	COMUNICAÇÃO: Consegue ser de maneira assertiva, sendo claro e objetivo. Transmite informações relevantes no momento correto e de forma transparente, estabelecendo uma relação de abertura e confiança.				10
5	PROATIVA: Demonstra envolvimento e determinação na execução de suas atividades.				10
6	ÉTICA E HONESTIDADE: Age de maneira transparente e respeitosa, colaborando relação de respeito e confiança. É comprometido com as suas e regras, mas é exemplo para seus pares.				10
7	FOCO NO CLIENTE INTERNO E EXTERNO: Compromete-se com a satisfação do cliente. Procura, sana e melhora as necessidades dos clientes e gestão adequa de acordo com essa necessidade.				10
8	PROATIVIDADE: Demonstra criatividade de maneira e maneira diversa inovadora para resolver os problemas no cotidiano seus, antecipar as situações, agindo em tempo e condição.				10
9	RELACIONAMENTO HUMANIZADO: Compreende as necessidades considerando os diferentes perfis e exigências dos pacientes e colega, alinhando-se e objetivo apropriados. Sabe ouvir, considera as percepções dos pacientes, utilizando-as para melhorar o relacionamento com eles. Atua com humanização em atendimento que realiza.				10
10	TRABALHO EM EQUIPE: Sabe trabalhar com os demais membros da equipe e lida com possíveis conflitos. Busca alternativas e consenso para a solução positiva dos fatos. Dá suporte para a equipe.				10

NOTA: 100

RESULTADO: Com base no resultado apresentado o colaborador está APROVADO no período de experiência.

OBSERVAÇÕES: _____

AVALIADOR

_____
Assinatura/carimbo
DATA: ___/___/_____

COLABORADOR

_____
Assinatura
DATA: ___/___/_____

Solicitação de Desligamento

IMED	FORMULÁRIO	Código: FM.HUTRIN.GEP.005 Data: 09/05/2023
	SOLICITTAÇÃO DE DESLIGAMENTO	Revisão 00 Páginas: 1 de 1

INFORMAÇÕES GERAIS				
Preenchimento obrigatório pelo solicitante				
Unidade:	Hospital de Urgências do Trabalho		**Área Solicitante:**	
Solicitante:			**Cargo do Solicitante:**	
Colaborador Desligado:			**Cargo do Colaborador:**	
Haverá Substituição?	Sim	**Status:**	Você deve preencher o formulário de Requisição de Pessoal	
Motivo do Desligamento:			**Aviso Prévio:**	
Data da Solicitação:	**Data do Desligamento:**			

AVALIAÇÃO GERAL			
Preenchimento pelo RH. Não preencher em caso de pedido de demissão			
Possui estabilidade?	( ) Sim ou ( ) Não	**Tipo de Estabilidade:**	( ) CIPA ( ) Membro do Sindicato ( ) Período Gestacional ( ) Acidente de Trabalho ( ) Pré-aposentado ( ) Outros
Data Base:	( ) Sim ou ( ) Não		
É PCD?	( ) Sim ou ( ) Não	**Tipo de Deficiência:**	

ORIENTAÇÕES
1. Todos documentos e cartões de IDENTIFICAÇÃO/ACESSO/EPI devem ser devolvidos obrigatoriamente no ato ou em [illegible]
2. O documento deve ser [illegible] e para isso deverá solicitar ajuda ao nosso canal de ATENDIMENTO. Se ocorrer, deverão ser [illegible] e pago de RR.
3. Os desligamentos que solicitem de empresa devem ser [illegible]

OBSERVAÇÕES

AUTORIZAÇÃO		
Gerência Solicitante	Diretoria Local	Diretoria de Recursos Humanos
Autorizado: ( ) Sim ( ) Não	Autorizado: ( ) Sim ( ) Não	Autorizado: ( ) Sim ( ) Não
Data: ___/___/_____	Data: ___/___/_____	Data: ___/___/_____
Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____

Sugestão de Condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção



O absenteísmo em síntese, é o número de faltas ou atrasos dos colaboradores, que pode se tornar um grande problema para a POLICLÍNICA ESTADUAL DE REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA, seja ele causado por motivos de saúde ocupacional (acidentes típicos de trabalho, de trajeto, doenças do trabalho ou doenças ocupacionais) ou assistencial (doenças comuns, tratamentos médicos ou odontológicos, gravidez de risco, cirurgias) ou ainda por motivos que não por saúde (doação de sangue, gala, acompanhamento médico, luto ou por motivos de ordem legal).

O IMED incentivará a presença e desestimulará as ausências ao trabalho através de práticas gerenciais e culturais que privilegiam o engajamento, ao mesmo tempo em que buscam combater atitudes e comportamentos nocivos a Policlínica.

Como primeiro passo para combater o absenteísmo na POLICLÍNICA ESTADUAL DE REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA, nos esforçaremos em compreender suas causas e motivação, tendo em vista que quando o colaborador se ausenta de forma imprevista, há um impacto financeiro tanto pelas horas não trabalhadas, quanto pelas horas extras geradas. Além disso, a falta do colaborador pode gerar atrasos nos prazos e acúmulo de atividades aos colegas.

O absenteísmo pode ser aumentado por diversos fatores, como falta de estímulo, falta de reconhecimento, ausência de desafios, sobrecarga de atividades, falha na comunicação interna ou mesmo pela falta de liderança capacitada.

No IMED procuramos ter um olhar atento para as rotinas de trabalho procurando enxergar o que pode gerar maior envolvimento e satisfação do colaborador para com suas atividades. Procuramos medir por meio de um modelo de gestão humanizado e baseado na escuta ativa; quais as demandas, queixas e sugestões do colaborador, a fim de gerar ações que agreguem valor.

A fim de buscar um ambiente de parceria e fortalecer o vínculo com a força de trabalho, os gestores da Policlínica, serão orientados a realizar reuniões periódicas com a equipe. Ademais, a área de gestão de pessoas promoverá diversos fóruns e reuniões para ouvir líderes e colaboradores, com o intuito de engajar todos nos desafios enfrentados, bom como nas soluções necessárias a Instituição.

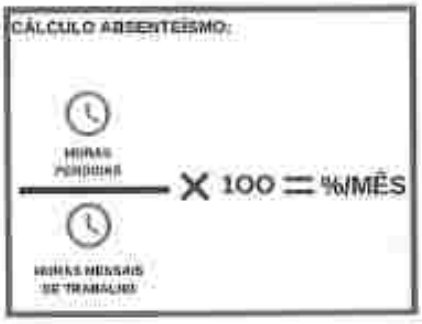
O IMED tem uma compreensão clara do impacto que o absenteísmo pode causar na POLICLÍNICA ESTADUAL DE REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA. Assim, propomos o combate a esse tema tão desafiador através de alguns direcionadores:

1. **Medição:**

O absenteísmo será medido através de indicadores adequados. Planilhas de controle e gráficos ajudarão na análise das causas e motivações, facilitando assim a definição de ações efetivas de combate.

A correção será feita por meio de um plano de ação com objetivos claros e estratégias que ajudarão a diminuir o índice. As soluções apresentadas na sequência resolvem os problemas mais comuns.

Um exemplo de cálculo de indicador de absenteísmo:



Para o cálculo do absenteísmo considera-se todas as ausências até 15 dias: faltas injustificadas, atrasos, licença paternidade, licença de óbito, doação de sangue e atestados.

Não é considerado para o cálculo: licença maternidade, licença saúde superior a 15 dias, férias, estágios e compensação de horas.

Alguns tipos de absenteísmo:

- Absenteísmo voluntário: é a ausência do trabalhador por razões particulares, não justificadas por doença, em amparo legal;
- Absenteísmo por doença: inclui todas as ausências por doença ou procedimento médico e odontológico;
- Absenteísmo por patologia profissional: compreende as ausências por acidente de trabalho ou doença profissional;
- Absenteísmo legal: as faltas ao serviço são amparadas na lei;
- Absenteísmo compulsório: definido como impedimento ao trabalho, ainda que o trabalhador não o deseje, por suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou outro impedimento que não lhe permita chegar ao local de trabalho.

2. Estímulos ao Colaborador:

Lançaremos mão de diversas ferramentas que estimularão o colaborador a não se ausentar ao trabalho ou chegar atrasado, seja as já previstas em lei como por exemplo o pagamento de assiduidade para o colaborador que não falta, e as que são propostas por política interna como o *day off* no dia do aniversário.

Incluiremos como pré-requisito para participar do processo de seleção interna, o histórico de faltas e atrasos como critério de classificação e desempate. Tais ações, contribuirão para a conscientização e comprometimento dos profissionais que buscam ascensão na carreira.

3. Valorização do Colaborador:

O IMED se importa com as pessoas e incentiva a busca pelo crescimento pessoal e profissional, por meio do investimento em treinamentos e priorização do público interno em seleções ou processos que possam gerar promoção ou ascensão na carreira.

4. Comunicação Efetiva:

Investimos em canais de comunicação, pois entendemos que assim os ruídos diminuem e há uma aproximação natural dos colaboradores a estratégia da empresa. Com possibilidade de serem ouvidos e estarem bem informados, as chances do trabalho ser bem

executado são maiores, possibilitando mais segurança para a POLICLÍNICA ESTADUAL DE REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA.

Neste sentido, o IMED aposta em ações (comitês, grupos de discussão, redes sociais, *newsletters*...) que envolvam os colaboradores e os incentive a atuar como porta-vozes das notícias, eventos e ações, acelerando o fluxo de repasse das informações.

5. Ambiente de Trabalho:

Proporcionaremos um clima de trabalho saudável, pois sabemos que ele é primordial para manter a produtividade, reter talentos e diminuir o absenteísmo. Funcionários que não se sentem bem onde trabalham e que têm dificuldades de relacionamento por causa de uma má gestão de pessoas não conseguem se doar como deveriam, e acabam faltando com frequência para evitar os conflitos.

Logo, para oferecer um ambiente favorável ao crescimento e que motive a equipe a alcançar bons resultados, praticaremos a realização regular de pesquisas de clima organizacional. Assim, poderemos identificar quais pontos fortes e oportunidades de melhoria da Instituição na visão dos colaboradores, dessa forma poderemos dar visibilidade a tudo que traz satisfação e elaborar ações para combater ou solucionar os problemas e dificuldades apresentadas da POLICLÍNICA ESTADUAL DE REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA.

3.5.4 - Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)

O cumprimento da atividade referente aos processos de contratação, registro, folha de pagamentos, férias e desligamentos, assim como as demais formalidades legais para manutenção do vínculo empregatício do colaborador, serão conduzidas dentro de princípios legais e respeitados o espírito legítimo do direito, expresso na CLT - Consolidação das Leis do Trabalho - e nas convenções coletivas das diferentes categorias profissionais. As relações trabalhistas e o estabelecimento de acordo firmado com trabalhadores e sindicatos terão como objetivo a redução dos riscos de reclamação e de eventual passivo trabalhista. A austeridade no controle e apontamento, bem como no cumprimento dos prazos legais de pagamentos de verbas e recolhimentos de encargos, serão determinantes no processo da conduta departamental.

Ponto Eletrônico

A POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA utilizará o ponto eletrônico conforme a Portaria 1510 do MTE. Esta consiste basicamente em utilizar um aparelho e sistema de ponto eletrônico inviolável e homologado por este órgão, em que permite a emissão de comprovantes de registro de marcação do colaborador a cada registro realizado pelo mesmo. Caberá ao colaborador registrar rigorosamente os seus horários - entrada, intervalos/intrajornada, saída - realizando o seu horário de trabalho de acordo com a escala de trabalho mensal.

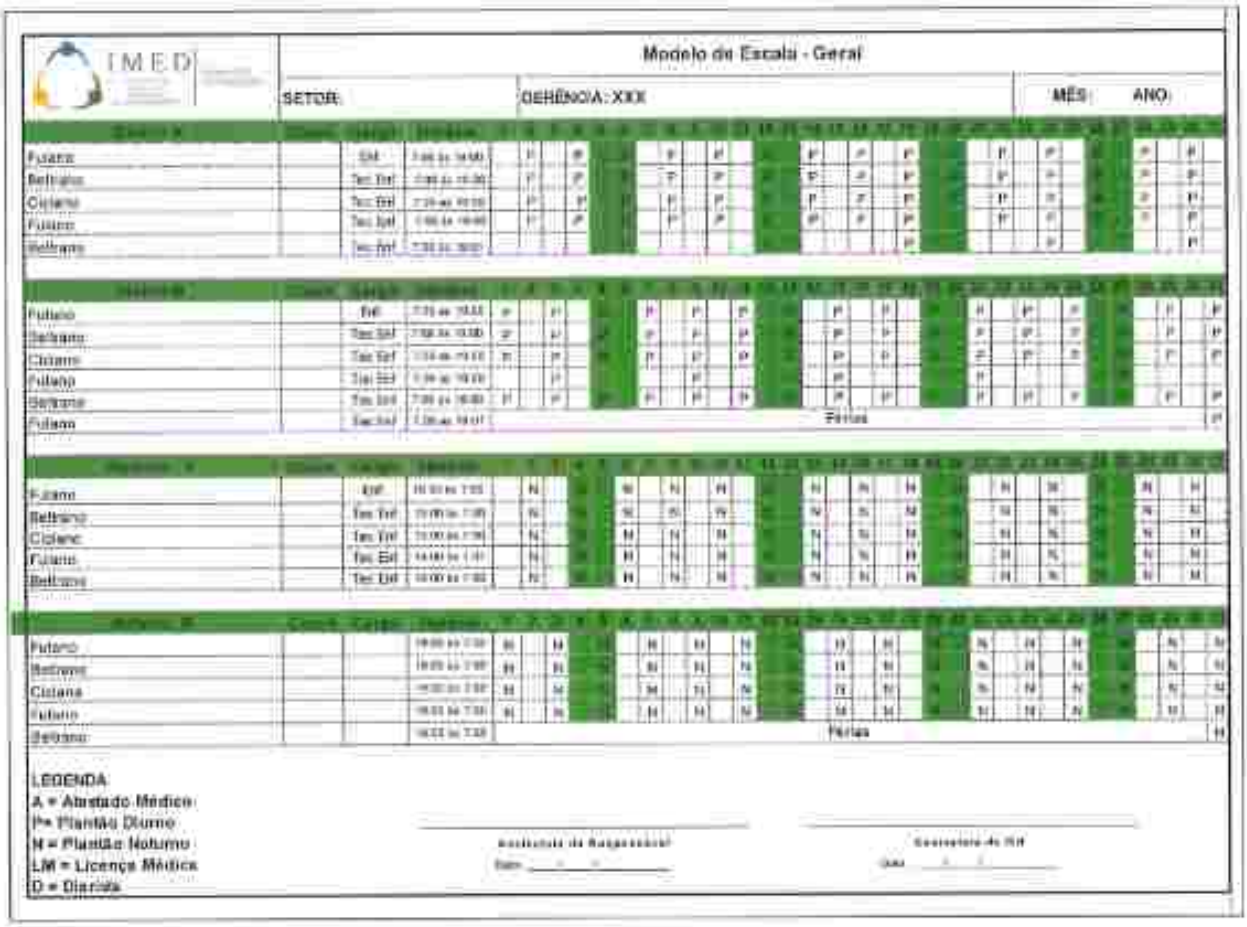
A tolerância permitida será para a antecipação de horários, atrasos e saídas em até 10 minutos diários, qualquer situação anômala deverá ser justificada em formulário próprio para tratamento do ponto. O colaborador que cumprirá sobreaviso, conforme definição em escala, sempre que acionado para comparecer a Policlínica deverá registrar os seus horários de entrada e saída, bem como em casos de colaboradores que cumprirão horas extras, as quais ocorrerão somente com a autorização prévia do responsável pelo setor/área mediante justificativa.

Escala de Trabalho

As escalas de trabalho mensais serão elaboradas pela chefia imediata, respeitando o limite e regras estabelecidos por lei (informadas anteriormente). Elas serão entregues ao setor de RH com até 15 dias de antecedência do mês de competência. Desta forma, o colaborador estará ciente, conhecendo os seus horários e folgas com pelo menos 10 dias de antecedência.

Somente em situações de extrema necessidade será permitida a troca de plantão (horário de trabalho ou dia de serviço) com outro colega. Para tanto, a troca de plantão deverá respeitar algumas regras. A primeira refere-se à troca de dias de serviço, a qual deverá ocorrer entre o dia 1 o e o dia 30 do mês da troca, visando o melhor acompanhamento do colaborador e da chefia imediata e a realização de carga horária mensal. A segunda regra refere-se à solicitação de troca, a qual deverá ser realizada com a antecedência mínima de 72 horas e mediante formulário próprio para trocas de plantão, o qual deverá ser preenchida em todos os campos, justificado e assinada pelos dois colaboradores envolvidos. A terceira regra refere-se à validade da solicitação de troca que ocorrerá somente se autorizada pelo responsável do setor/área e pela diretoria responsável, o qual fará o encaminhamento ao setor de RH. Em caso de falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.

Modelo para escala de trabalho


Modelo de Escala - Geral

SETOR: GERÊNCIA: XXX MÊS: ANO:

LEGENDA
A = Atestado Médico
D = Plantão Diurno
N = Plantão Noturno
LM = Licença Médica
D = Diarista

Formulário de Tratamento do Ponto

	FORMULÁRIO	Código: FM.[illegible].GEP.001
IMED		Data: 05/05/2021
	TRATAMENTO DE PONTO	Revisão: 00
		Página: 1 de 1

DADOS DO COLABORADOR				
Colaborador:		Cargo do Colaborador:		
Horário da Planilha	( ) Diurno	( ) Noturno	( ) Diarista	Data da Justificativa:

JUSTIFICATIVA		
Qualquer uma das ausências abaixo deve ser validada pela gestão imediata		
( ) Esquecimento	( ) Ponto com Defeito	( ) Erro na Batida	( ) Saída Antecipada	( ) Atraso	( ) Outros
As situações abaixo devem ser validadas pela gestão imediata e diretoria local		
( ) Hora Extra	( ) Compensação de Horas	( ) Pagamento de Horas
Horário da Justificativa:		
Início: ____h____min	Fim: ____h____min	Total: ____h____min
Justificativa:		

AUTORIZAÇÃO		VALIDAÇÃO
Gestão Imediata	Diretoria Local	Recursos Humanos
Autorizado: ( ) Sim ( ) Não	Autorizado: ( ) Sim ( ) Não	Autorizado: ( ) Sim ( ) Não
Data: ____/____/_____	Data: ____/____/_____	Data: ____/____/_____
Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____

Formulário Troca de Plantão

IMED	**FORMULÁRIO**	Código: FM.RECURSOS GEP.002
		Data: 12/04/2021
	TROCA DE PLANTÃO	Revisão: 00
		Páginas: 1 de 1

Eu, _____, na função _____ CPF: _____, comunico que o plantão do dia ___/___/_____, no horário das _____ às _____ horas, estará sob a responsabilidade do(a) profissional: _____, ocupante da mesma função, CPF _____, integrante do corpo clínico desta unidade, que me substituirá, com autorização prévia da Direção da Unidade.

Informo ainda que ficarei responsável pelo plantão do dia___/___/_____, no horário das _____ às _____ horas ou em data posterior a ser definida.

Cidade _____, _____, ___/___/_____

_____
Assinatura e carimbo do plantonista substituído

_____
Assinatura e carimbo do plantonista substituto

_____
Assinatura e carimbo da direção

(1ª via: RH; 2ª via: plantonista substituído; 3ª via: plantonista substituto)

Afastamentos

INSS

1. Descrição do Processo:

- A Saúde Ocupacional deverá realizar afastamento pelo INSS do colaborador que

apresentar atestado médico superior a 15 dias, ou dentro de 60 dias apresentar atestados contínuos ou descontínuos decorrente da mesma doença ou correlacionados (não precisa ser o mesmo CID).

- A Saúde Ocupacional deverá solicitar ao Departamento Pessoal a documentação de afastamento (DUT - Declaração do Último dia Trabalhado e os atestados originais).
- A Saúde Ocupacional deverá acessar o site do INSS (Meu INSS) ou ligar no 135, e agendar a perícia médica localizando uma agência previdenciária de mais fácil acesso para o colaborador.
- A Saúde Ocupacional deverá avisar o colaborador sobre seu afastamento e solicitar sua presença para retirada dessa documentação, caso por alguma razão o colaborador esteja impossibilitado de se locomover, um familiar de primeiro grau poderá fazer essa retirada.
- A Saúde Ocupacional deverá receber do colaborador o documento "Comunicado de Decisão" com o resultado da mesma assim que realizada.
- A Saúde Ocupacional deverá entrar em contato com o colaborador 15 dias antes de cessar o benefício, e caso necessite uma nova perícia, prorrogação, deverá ser agendada.
- A Saúde Ocupacional deverá avisar o colaborador sobre a data da perícia e orientar que deverá enviar o "Comunicado de Decisão" com o resultado da mesma assim que realizada.
- A Saúde Ocupacional deverá encaminhar para o Departamento Pessoal cópia do "Comunicado de Decisão" com o resultado da perícia.
- A Saúde Ocupacional deverá informar ao Departamento Pessoal, caso o colaborador não retorne dentro do previsto.
- A Saúde Ocupacional deverá lançar todos os afastamentos realizados em uma planilha de controle para acompanhamento e atualização diária de qualquer informação.
- A Saúde Ocupacional deverá reencaminhar o colaborador para o INSS, se dentro de um período de 60 dias após o retorno ao trabalho, for apresentado novo atestado médico pela mesma patologia.
- A Saúde Ocupacional deverá solicitar ao Departamento Pessoal a DUT (Declaração do Último dia Trabalhado) do primeiro afastamento ficando a Instituição desobrigada a pagar novamente os 15 primeiros dias de afastamento (Decreto 3.048/1999, art. 75).

- A Saúde Ocupacional deverá acompanhar os Comunicados de Decisão do INSS e caso algum benefício tenha NTEP (Nexo Técnico Epidemiológico), que é a transformação da espécie 31 (auxílio-doença) para espécie 91 (auxílio doença acidentário), o Médico do Trabalho/Jurídico deverá ser avisado de imediato para avaliar se cabe contestação.

2. Modelos de Documentos

- OUT (Declaração do Último dia Trabalhado) – site INSS

INSS

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

DEPENDENTES PARA SALÁRIO FAMÍLIA

Nome dos filhos	Data Nasc.	Nome dos Filhos	Data Nasc.

Instruções

- SITE MEU INSS



- COMUNICADO DE DECISÃO – site INSS

INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Comunicação de Decisão

07/02/2023 11:23:36

NIT: 132.64319.31-3

Número do Benefício: 639.960.765-9 **Espécie:** 31

Número do Requerimento: 215732424

Ao Sr. (a): [redacted]

Endereço: R RUA MARIA PEDRO DE JESUS, 163 Q3 L3 C1, JARDIM PRIMAVERA

CEP: 75.390-343 **Município:** TRINDADE **UF:** GO

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991, Artigos 71 e 77 e § 2º do Art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 11/01/2023, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício. O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 17/05/2023. Caso considere o prazo insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico meu.inss.gov.br. Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme parágrafo 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016. Desta decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico meu.inss.gov.br.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: GOIANIA LESTE

Endereço: R D LTS 2 A S, VILA VIANA

CEP: 74.635-120 **Município:** GOIANIA **UF:** GO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, 15 de Fevereiro de 2023

Assinatura do Requerente / Representante Legal

Você pode conferir a autenticidade do documento em https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade/ com o código 230217XL7DD959

Gestantes

1. **Descrição do Processo:**

- A Saúde Ocupacional deverá ser informada pelo Departamento Pessoal sobre a gestação da colaboradora.

- A Saúde Ocupacional deverá entrar em contato com a colaboradora e solicitar uma cópia do exame Beta HCG Quantitativo e a Ultrassonografia (caso já tenha).

- A Saúde Ocupacional deverá encaminhar a colaboradora juntamente com os originais dos exames para validação do relatório gestacional na clínica vigente; enviar email para a clínica autorizando o atendimento.

- A Saúde Ocupacional deverá orientar a colaboradora a entregar o relatório gestacional no SESMT assim que finalizar o atendimento na clínica.

- A Saúde Ocupacional, assim que receber o relatório, deverá solicitar que a colaboradora faça uma carta de próprio punho informando sobre sua gestação com a data do referido dia.

- A Saúde Ocupacional deverá encaminhar para o Departamento Pessoal a documentação para afastamento imediato da colaboradora por gestação em local insalubre: relatório gestacional, cópia do exame Beta HCG Quantitativo, Ultrassonografia (caso já tenha) e carta de próprio punho.

- A Saúde Ocupacional deverá informar a colaboradora que ela ficará afastada de suas atividades laborais até o nascimento da criança e que deverá encaminhar a certidão de nascimento e o atestado de licença maternidade (120 dias) assim que os tiver em mãos, gozará também de licença amamentação por 60 dias de acordo com a CCT, totalizando 180 dias de licença.

- A Saúde Ocupacional deverá encaminhar para o Departamento Pessoal a certidão de nascimento e o atestado de licença maternidade (120 dias) para que seja realizada a troca de salário maternidade por licença maternidade.

- A Saúde Ocupacional, ao fim dos 180 dias, deverá encaminhar a colaboradora para realização de exame de retorno ao trabalho por licença maternidade.

- A Saúde Ocupacional deverá solicitar a colaboradora que entregue uma via do ASO

(Atestado de Saúde Ocupacional) no SESMT assim que o mesmo for concluído; tirar uma cópia e entregar no Departamento Pessoal; orientar que ela deverá assumir sua escala assim como era antes (par ou ímpar).

- A Saúde Ocupacional deverá lançar o ASO (consulta, riscos e exames complementares) na plataforma vigente; enviar o evento para o eSocial até o 15º dia do mês subsequente.

Atestado Médico

1. **Descrição do Processo:**

- A Saúde Ocupacional deverá receber dos Gestores, diariamente através de protocolo, os atestados médicos de seus colaboradores, (atestados médicos acima de 3 dias deverão ser homologados na clínica vigente antes da entrega para o Gestor).
- A Saúde Ocupacional irá conferir os atestados médicos, lançar na planilha de controle e entregar para o Departamento Pessoal.
- A Saúde Ocupacional deverá informar para o Departamento Pessoal sobre a suspeita de veracidade do atestado e iniciar o processo de investigação.
- A Saúde Ocupacional deverá solicitar ao Departamento Pessoal ofício para ser enviado ao emitente do atestado ou a instituição responsável, solicitando relatório comprovando ou não a veracidade do mesmo.
- A Saúde Ocupacional deverá enviar email ao Departamento Jurídico contendo o atestado + relatório para avaliação e validação das medidas a serem tomadas.
- A Saúde Ocupacional deverá entregar a documentação para o Departamento Pessoal seguir com processo interno caso seja confirmada a suspeita do atestado.
- A Saúde Ocupacional deverá gerar relatório analítico ao final do mês como composição dos indicadores.

Férias

1. **Descrição do Processo:**

- Agendar férias anual para o ano subsequente;

- Solicitar sugestão para o colaborador de mês para o gozo de suas férias através de formulário, e o gestor de acordo com o cronograma funcional da Unidade, autorizará ou não;
- Preencher planilha disponibilizada no drive, para que seja incluso a data para gozo.
- Emitir com no mínimo trinta dias de antecedência, o aviso e o recibo de férias onde o colaborador tomará ciência que no mês subsequente gozará suas férias;
- Solicitar a apresentação da CTPS com dois dias de antecedência no RH;
- Devolver imediatamente a CTPS no ato da anotação;
- Preencher a planilha de férias com os colaboradores que gozarão férias no mês seguintes;
- Encaminhar mensalmente para o Coordenador de RH com 40 dias de antecedência para a validação de orçamento;
- Criar um card no Trello para cada colaborador e incluir o período de gozo;
- Aguardar a contabilidade enviar o aviso e o recibo de férias do colaborador;
- Imprimir e assinar em duas vias e solicitará a assinatura do colaborador em ambas as vias com no mínimo 30 dias de antecedência;
- Encaminhar o aviso e recibo de férias para a Prestação de Contas;
- Arquivar no dossiê do colaborador o aviso e recibo assinados.

2. Modelo de Formulário:

AVISO DE FÉRIAS

Trindade, 9 de Abril de 2021

Sr.(a)

CTPS (nº/serie/uf): 000 /00 /SP Depto.:

Nos termos das disposições legais vigentes, suas férias serão concedidas conforme o demonstrativo abaixo:

Período aquisitivo	Período de gozo	Retorno ao trabalho
05/12/2019 à 04/12/2020	10/05/2021 à 24/05/2021	25/05/2021

A remuneração correspondente às férias e, se for o caso, ao abono pecuniário e ao adiantamento da Gratificação de Natal,

encontra-se no caixa ou depositado em conta bancária e poderá ser recebida em 06/05/2021 .

Favor apresentar a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social ao Departamento de Pessoal para as anotações necessárias.

IMED INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E D (CNPJ: 19.324.171/0004-47)	Empregado

NOTA: O aviso de Férias será participado por escrito, pela empresa, com antecedência mínima de 30 dias.

3.6 – Metodologia de projeto

3.6.1 – Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.

PROPOSTA DE TRABALHO POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO – FORMOSA

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

Endereço: Avenida Oeste, Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa - GO

Tipo de Unidade: Unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: 12 horas por dia, das 07h00 às 19h00, de segunda a sexta-feira.

INTRODUÇÃO

Alinhado ao modelo de gestão proposto pelo IMED, apresenta-se, a seguir, o modelo para o planejamento e implantação de projeto, cujo objeto é "gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de funcionamento de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

Esta metodologia é baseada em três grandes etapas: Planejamento do Projeto com definição dos objetivos e metas (Plano Estratégico); desdobramento do Planejamento do Projeto em diversos projetos executivos, por área de eficácia (Plano Tático); e desdobramento dos projetos executivos em planos de ação por áreas, processos ou setores (Plano Operacional).



A integração desses elementos permite que os trabalhos dentro de um projeto sejam ordenados em fases e, em cada uma delas, sejam pontuadas as entregas específicas, suportadas por padrões de documentação e formulários. A metodologia pressupõe a definição de objetivos e metas para o projeto, organização pela qual será possível demonstrar todo o planejamento da condução do projeto e o que nele deve constar.

ESCOPO DO PROJETO

O objetivo principal do projeto segue a "Missão" do IMED, sendo conceber e executar projetos que proporcionem o bem-estar, saúde, cidadania e dignidade às pessoas, com atuação de profissionais qualificados, comprometidos com a boa prestação de serviços, humanização e ética.

As premissas básicas utilizadas para o desenvolvimento do projeto, baseada nas premissas do Edital INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 10/2024 - SES/GO – PROCESSO 202400010038080, são:

a) Os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação à Lei Federal n 8.080, de 19 de setembro de 1990, pautando-se pela preservação da missão da SES/GO, também em observância à legislação ambiental e as normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários;

b) Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;

c) Gestão baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;

d) Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde (MS);

e) Busca de certificação de qualidade em saúde;

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

g) A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, Estágios de Graduação e Pós-graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós-Graduação Lato Sensu, Especialização e Residência Multiprofissional, e em áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.

Para alcançar o objetivo de promover uma gestão de excelência junto à Policlínica de Formosa, e em harmonia com as premissas do Edital, desmembraremos nossa Proposta de Trabalho em 7 objetivos estratégicos:

- Implantação de todos os serviços assistenciais da Policlínica
- Cumprimento de metas e indicadores contratuais
- Certificação de Qualidade em Saúde
- Humanização
- Gestão eficiente
- Gestão e desenvolvimento de Pessoas
- Incremento de atividades e projetos na Policlínica

Após devido planejamento com clara visão de futuro e objetivos estratégicos bem definidos para a Policlínica de Formosa na Proposta de Trabalho a ser apresentada, serão elaborados programas e projetos nos Planos Tático e Operacional a fim de viabilizar o alcance de tais objetivos.

Os objetivos, então, serão transcritos em forma de Metas, para que

possam ser mensuráveis – e serão elaborados indicadores que irão avaliar e acompanhar o funcionamento de cada programa/projeto. O Monitoramento com indicadores de desempenho será feito para entender se a gestão está se aproximando ou se afastando das metas, de maneira não apenas a cumprir o papel de condutor para o alcance dos objetivos, mas também de alertar os gestores na hipótese de desconformidade entre o programado e o executado.

Abaixo apresentaremos, em diagramas, nossos objetivos estratégicos, bem como os programas e projetos elaborados nos Planos Tático e Operacional para realização e alcance desses objetivos.

Plano Estratégico	Plano Tático	Plano Operacional
Implantação de todos os serviços assistenciais da Policlínica	Planejamento pré-assunção	Planejamento de todas as frentes do projeto
		Diagnóstico inicial da unidade
		Inventário patrimonial e de estoque inicial
		Aquisição de suprimentos
	Implantação dos serviços	Operação do Ambulatório Médico e Multiprofissional
		Operação do SADT
		Serviço De Assistência Especializada – SAE
		Serviço Especializado do Processo Transexualizador
		Clínica de Serviços Dialíticos
		Operação das PICs
		Operação do Serviço de Telessaúde
		Centro Especializado em Odontologia (CEO)
Cumprimento de metas e indicadores contratuais	Gestão de Indicadores de Produção	Produção das Consultas Médicas
		Produção das Consultas Multiprofissionais
		Produção das Consultas Farmacêuticas CEAF
		Dispensação de medicamentos CEAF
		Produção do SADT
		Produção de Consultas Odontológicas
		Produção de Terapias Renais Substitutivas
	Gestão de indicadores de Desempenho	Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas
		Razão do Quantitativo de exames (SADT) ofertadas
		Percentual de Exames de Imagem com resultado em até 72 horas
		Taxa de acuracidade de estoque dos medicamentos do CEAF

		Percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês
		Taxa de perda financeira por vencimento
Certificação de Qualidade em Saúde	Qualidade e Segurança do Paciente	Gestão de documentos
		Implantação de notificação de eventos adversos
		Matriz de risco e protocolos de segurança do paciente
	Implantação de Processos	Implantação de fluxos assistenciais
		Implantação de Protocolos Assistenciais
		Implantação da SAE
	Liderança Organizacional	Atendimento a legislação hospitalar e de vigilância em saúde
		Atendimentos a legislação ambiental e gestão ambiental
		Implantação das Comissões Assessoras
		Gestão de Riscos
		Política de Comunicação / Código de Ética
Humanização	Atendimento	Projeto de implantação do SAU
		Projeto de Implantação da Ouvidoria
	Acolhimento	"Posso Ajudar"
		Projeto de Acolhimento
Gestão eficiente	Gestão da Infraestrutura, Tecnologia e Inteligência	Projeto de tecnologia da informação
		Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar
		Análise de dados e projeções
	Programa de Gestão Administrativa	Implantação de processos administrativos
		Contratação e acompanhamento de prestadores
		Prestação de Contas
	Programa de Gestão Financeira	Implantação da administração financeira
		Implantação da gestão de custos
		Implantação da gestão de suprimentos
Gestão e desenvolvimento de Pessoas	Projeto de Desenvolvimento Humano	Desenvolvimento de líderes
		Treinamentos e Capacitações
		Pesquisa de clima organizacional
		Projetos de Estágio
	Recrutamento e Controle de Pessoal	Recrutamento e seleção interno e externo
		Controle de ponto e escalas de trabalho
Incremento de atividades e projetos na Policlínica	Serviços assistenciais	Atendimento odontológico para pacientes dialíticos crônicos
	Serviços sociais	Rodas de conversa, aliada à concessão de espaço para grupos de auto e mútua ajuda
		Instituição da Comissão de Responsabilidade Social

PARTES INTERESSADAS (*STAKEHOLDERS*)

Dentro da proposta de trabalho, foram identificadas as principais partes interessadas (*stakeholders*) que se envolverão com o projeto, suas participações e interações, grau de influência e impactos, de modo a antecipar as melhores estratégias para o bom funcionamento do projeto.

Parte Interessada	Interesse, Participação[1] (ou função)	Influência[2]	Como vai impactar o projeto[3]	Estratégia para ganhar suporte ou reduzir obstáculos
Secretaria Estadual de Saúde	Contratante	Alta	Define política pública de saúde, estratégia de regionalização, monitora e fiscaliza a execução do contrato, define repasse a título de fomento e investimento, define perfil da unidade e carteira de serviços além de regular a demanda	Manter diálogo aberto e transparente com os diversos interlocutores da SES. Gerar dados fidedignos de produção e qualidade. Entregar os relatórios de prestação de contas de maneiras tempestiva e completa. Observar os regulamentos de prestação de contas e aplicação de recursos públicos. Sugerir projetos de melhorias e expansão dos serviços.
Secretarias Municipais de Saúde da região abrangida	Usuários dos serviços	Média	Informando e orientando a população local a respeito do serviço. Propiciando meios de acesso ao serviço. Referenciando adequadamente os pacientes conforme o perfil da Policlínica	Manutenção de um canal constante de apoio e comunicação junto às Secretarias Municipais, de acordo com as determinações da SES.

População	Usuários dos serviços	Alta	Expressando sua impressão sobre o serviço prestado	Aprimoramento dos serviços prestados e disponibilização de instrumentos adequados de avaliação e tratamento das demandas, aplicando a gestão participativa.
Prestadores de serviços e fornecedores	Prestar serviços e oferecer materiais, médicos e insumos	Média	Fornecendo serviços e recursos humanos especializados, bem como os insumos e equipamentos necessários que impactam direta e indiretamente na operação da unidade.	Construir um relacionamento transparente com as empresas, executando pagamento regulares e fiscalizando a qualidade dos serviços e produtos ofertados
Colaboradores	Desempenhar as atividades relativas à sua função e cargo definidos pela Instituição	Alta	Representando a unidade em suas ações e atitudes junto aos pacientes e demais usuários	Construindo um Política de Recursos Humanos adequada e transparente. Priorizando cursos de capacitação e educação continuada. Observando o Plano de Cargos e Salários. Implantação de Plano de Carreira e Desenvolvimento Pessoal. Humanização no relacionamento interpessoal.
Mídia / Imprensa	Relatar e opinar sobre as atividades da Policlínica	Média	Divulgação de informações, corretas ou não, a respeito da unidade.	Fortificar o relacionamento com os órgãos de imprensa e mídia, mantendo um canal aberto de diálogo e transparência

- **Participação[1]** – Necessidades do projeto em relação à parte interessada
- **Influência[2]** – Durante o projeto - Alta, Média, Baixa (ou descrever)
- **Como vai impactar o projeto[3]** – ou expectativas do *"ator"* em relação ao projeto

RISCOS

A Gestão de Riscos do Projeto se reportará ao Jurídico e ao Compliance Institucional, e terá como objetivo identificar, avaliar e gerir os riscos inerentes às atividades do IMED, por meio do mapeamento e avaliação de riscos, identificação de oportunidades de melhoria, além de apoiar o Instituto para fins de atingimento de seus objetivos.

Para a Proposta de Trabalho apresentada para a Policlínica de Formosa, foram elencados e analisados os principais riscos para o projeto, bem como estipulados seus respectivos métodos de gerenciamento, com procedimentos de controle, ações preventivas e planos de contingência.

Gravidade	Probabilidade	Nível de Detecção
baixa = 1	baixa = 1	Sempre detecta = 1
média = 2	média = 2	Algumas vezes detecta = 2
alta = 3	alta = 3	Não detecta = 3

Descrição do Risco	Análise do Risco			Gerenciamento do Risco		
	Gravidade da Ocorrência [1]	Probabilidade de Ocorrência [2]	Nível de Detecção [3]	Procedimentos / Controles Específicos (monitoramento) [3]	Plano de Ação (Preventivo) - Mitigação [3]	Plano de Contingência [3]
Baixa demanda de pacientes	3	3	1	Acompanhamento diário pelo NIA	Disponibilização da agenda com antecedência à SES, bem como a busca ativa e confirmação com os pacientes agendados	Comunicação à SES a respeito do evento, bem como orientação junto aos municípios da região abrangida
Atraso ou ausência de pagamento	3	1	1	Acompanhamento do fluxo de caixa pelo Departamento Financeiro	Condicionar contratualmente o pagamento das empresas prestadoras de serviço ao efetivo recebimento da verba	Negociação com fornecedores e credores
Judicialização do resultado do chamamento público	2	1	1	Acompanhamento de eventuais processos pelo Departamento Jurídico	Levantamento de toda documentação pertinente ao chamamento	Imediato ingresso no processo judicial

Descrição do Risco	Análise do Risco			Gerenciamento do Risco		
	Gravidade da Ocorrência [1]	Probabilidade de Ocorrência [2]	Nível de Detecção [3]	Procedimentos / Controles Específicos (monitoramento) [3]	Plano de Ação (Preventivo) - Mitigação [2]	Plano de Contingência [1]
Alteração do escopo contratado	1	2	1	Acompanhamento do perfil epidemiológico em conjunto com a SES	Elaboração de contratos flexíveis com prestadores de serviço visando atendimento a outras possíveis especialidades / serviços / exames	Adequação dos contratos com prestadores de acordo com o escopo
Novas endemias e pandemias (diferentes do Covid-19)	3	1	1	Monitoramento das informações da SES/GO, Ministério da Saúde e OMS	Elaboração de contratos flexíveis com prestadores de serviço visando atendimento a outras possíveis especialidades / serviços / exames	Adequação dos contratos com prestadores de acordo com o escopo
Prejuízo causado pelos subcontratados	2	1	2	Fiscalização dos serviços prestados pela Gerência Administrativa	Inserção indicadores de qualidade de serviço junto aos contratos (SLA)	Imediata substituição do contratado, sem prejuízo da glosa e ressarcimento respectivos
Concorrência por profissionais especialistas perpetrada por grandes centros	2	2	1	Monitoramento constante de profissionais em outras regiões pela equipe de RH	Manutenção de cadastro de reserva atualizado e treinamento constante	Remanejamento temporário de equipes
Obtenção de licenças e alvarás	2	2	1	Acompanhamento proativo junto aos respectivos licenciadores pela equipe de Infraestrutura	Providenciar as exigências referentes aos respectivos processos anteriormente a qualquer notificação	Requerimento imediato de concessão de licença provisória
Ausência de peças e equipamentos adequados para manutenção e reposição	2	1	1	Acompanhamento pela equipe de Manutenção junto aos respectivos fornecedores	Manutenção de um cadastro atualizado de fornecedores substitutos	Imediata substituição do contratado, sem prejuízo da glosa e ressarcimento respectivos
Furto/Roubo de equipamentos, materiais ou demais bens da unidade	1	2	3	Reuniões mensais entre a Gerência Administrativa e o Núcleo de Segurança e Vigilância da unidade	Implantação de ações e palestras com o objetivo de multiplicar as questões de segurança da unidade entre os colaboradores	Imediata substituição dos envolvidos no evento

Descrição do Risco	Análise do Risco			Gerenciamento do Risco		
	Gravidade da Ocorrência [1]	Probabilidade de Ocorrência [2]	Nível de Detecção [3]	Procedimentos / Controles Específicos (monitoramento) [3]	Plano de Ação (Preventivo) - Mitigação [2]	Plano de Contingência [1]
Desconto por não atingimento de metas	3	1	1	Acompanhamento dos indicadores e metas contratuais	Treinamentos das equipes, redução da rotatividade dos funcionários e *overbooking* das agendas ambulatoriais e cirúrgicas	Criação de rotinas específicas para ampliar a produção ou melhorar a qualidade da assistência
Revogação / rescisão do contrato por ato imputável à SES/GO	3	1	1	Monitoramento da execução do contrato pelo Departamento Jurídico	Garantir o cumprimento integral do contrato	Garantir a assistência dos pacientes até a assunção da nova gestão
Reclamação trabalhista / acidente de trabalho / greves	1	1	1	Implantação de pesquisa de clima organizacional	Política de RH adequadas às leis e normativas e SESMT presente e atuante	Manter cadastro reserva de RH e provisões para reclamações trabalhistas e acidentes de trabalho
Alterações no arcabouço legislativo ou regulatório do setor que venham a impactar diretamente o contrato.	2	1	1	Acompanhamento e normativa regulatória e legislativa aplicada ao contrato	Avaliação dos instrumentos jurídicos possíveis de viabilizar a adaptação do contrato à nova realidade	Adequação do novo contrato com menor impacto possível à prestação do serviço

RESULTADOS ESPERADOS

Cada objetivo estratégico possui seu resultado e prazo estipulado, conforme apresentado a seguir:

Implantação de todos os serviços assistenciais da Policlínica: Implantação de todos os serviços assistenciais da Policlínica em até 1 mês de operação. O Centro Especializado de Odontologia necessita de verba específica para investimento a ser disponibilizada pela SES e, por isso, suas implantações e resultados esperados dependem diretamente do tempo de liberação dessa verba de investimento. O Serviço de Telessaúde necessita de aprovações específicas da SES-GO, por isso, sua implantação depende diretamente de tratativas com a mesma.

Cumprimento de metas e indicadores contratuais: Cumprimento de, no mínimo 90% da produção de metas contratuais, de acordo com o cronograma de implantação dos serviços na unidade, e 100% dos indicadores de desempenho, também de acordo com o cronograma de implantação dos serviços.

Certificação de Qualidade em Saúde: Implantação completa de todos os projetos e certificação ONA 1 em até 18 meses de gestão

Humanização: Implantação completa de todos os projetos e índice de satisfação do usuário acima de 95% em até 180 dias de gestão.

Gestão eficiente: Implantação completa de todos os projetos em até 120 dias de gestão.

Gestão e desenvolvimento de Pessoas: Implantação completa de todos os projetos em até 180 dias de gestão.

Incremento de atividades e projetos na Policlínica: a meta é realizar a implantação de todos as propostas e projetos de incremento em até 150 dias de gestão.

A fim de possibilitar o atingimento dos objetivos estratégicos, serão implantados programas dentro do Plano Tático. Esses programas contarão com um responsável, que, por sua vez, dará suporte aos projetos a serem implantados no nível do Plano Operacional – cabendo também ao referido responsável acompanhar a evolução dos projetos por meio de indicadores e reuniões de planejamento mensais. Dentro do Plano Operacional, cada projeto ou ação contará com um Plano de Ação, os quais serão apresentados abaixo de modo sintético.

1. Objetivo Estratégico: Implantação de todos os serviços assistenciais da Policlínica

1.1. Plano Tático: Planejamento pré-assunção

Responsável: Diretoria Executiva do Instituto

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável

Planejamento de todas as frentes do projeto	Serão convocados os líderes de todos os setores para uma reunião inicial do projeto. Após isso, os líderes de cada setor desenvolverão o planejamento da sua área e deverão apresentar à Diretoria Executiva do IMED para validação.	2 dias após publicação do resultado do Chamamento	Todos os líderes
Diagnóstico inicial da unidade	Será realizado um levantamento de todas as vulnerabilidades estruturais da unidade.	2 dias após publicação do resultado do Chamamento	Diretoria Médica
Inventário patrimonial e de estoque inicial	Será realizado o inventário patrimonial e do estoque com que a unidade será entregue para o IMED a fim de formalizar os bens cedidos, bem como planejar as compras para início da operação	2 dias após publicação do resultado do Chamamento	Equipe Financeira
Aquisição de suprimentos	Após o inventário do estoque da unidade, será realizado um rápido levantamento das compras emergenciais que deverão ser feitas para início da operação.	3 dias após publicação do resultado do Chamamento	Equipe Financeira

1.2. Plano Tático: Implantação dos serviços

Responsável: Diretoria Médica

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Operação do Ambulatório de Especialidades	1 – Estabelecer o Plano Operativo com a SAIS/SES	Início no primeiro dia de gestão	NIA

	2 – Definir a carteira de serviços e equipe assistencial 3 – Disponibilização da agenda de consultas para a SES 4 – Mediante o encaminhamento dos pacientes pela SES, serão realizadas as primeiras consultas 5 – Agendamento interno das consultas subsequentes (egressos) e interconsultas médicas e multidisciplinares 6 – Realização das consultas subsequentes (egressos) e interconsultas médicas e multidisciplinares 7 – Realização das Práticas Integrativas e Complementares (PIC)		
Operação do SADT	1 – Realização de processo de aquisição/locação dos equipamentos necessários para o pleno funcionamento 2 – Estabelecer o Plano Operativo com a SAIS/SES 3 – Definir a carteira de serviços e equipe assistencial 4 – Disponibilização da agenda de exames para a SES	Início no primeiro dia de gestão	Gerência de SADT

	5 – Mediante o encaminhamento dos pacientes pela SES, serão realizados os primeiros exames externos 6 – Agendamento interno dos exames provenientes das primeiras consultas 7 – Realização dos primeiros exames internos		
Serviço De Assistência Especializada – SAE	1 – Atendimento dos critérios para habilitação do serviço junto ao Ministério da Saúde 2 – Estabelecer o Plano Operativo com a SAIS/SES 3 – Disponibilização da agenda de acordo com a carteira de serviço para a SES 4 – Mediante o encaminhamento dos pacientes pela SES, serão realizadas as primeiras consultas 5 – Agendamento interno das consultas subsequentes (egressos) da equipe médica e multidisciplinar para assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids e Hepatites Virais 6 - Fornecer os medicamentos padronizados pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais - MS, conforme solicitações médicas, obedecendo ao Consenso Brasileiro de Terapia Antirretroviral	Início no primeiro dia de gestão	Gerência Assistencial

Clínica de Serviços Dialíticos	1 – Apresentação do projeto para implantação do serviço de hemodiálise 2 – Realização de processo de investimento para adequações na estrutura física da Policlínica e aquisição dos equipamentos necessários para o serviço 3 – Disponibilização da agenda de procedimentos para a SES 4 – Realização dos procedimentos de diálise	Início no primeiro dia de gestão	Gerência Administrativa
Centro Especializado em Odontologia (CEO I)	1 – Apresentação do projeto para implantação do serviço de odontologia 2 – Realização de processo de investimento para adequações na estrutura física da Policlínica e aquisição dos equipamentos necessários para o serviço 3 – Disponibilização da agenda de procedimentos para a SES 4 – Realização dos procedimentos de odontologia	Até 30 dias para apresentação do projeto Quanto aos demais, 90 dias após a autorização do investimento	Equipe de Infraestrutura

2. Objetivo Estratégico: Cumprimento de metas e indicadores contratuais

2.1. Plano Tático: Gestão de Indicadores de Produção

Responsável: Gerência Assistencial

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Produção das Consultas Médicas Especializadas e da Equipe Multiprofissional	A produção da Policlínica será controlada pelo Núcleo Interno de Agendamento através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIA irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	Enfermeiro do NIA
Produção das Consultas Farmacêuticas CEAF	A produção da Policlínica será controlada pelo Núcleo Interno de Agendamento através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIA irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	RT Farmacêutico
Dispensação de medicamentos CEAF	A produção da Policlínica será controlada pelo Núcleo Interno de Agendamento através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIA irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	RT Farmacêutico
Produção do SADT	A produção da Policlínica será controlada pelo Núcleo Interno de Agendamento através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIA irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	Enfermeiro do NIA
Produção de Consultas Odontológicas	A produção da Policlínica será controlada pelo Núcleo Interno de Agendamento através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos	Até 90 dias após a autorização	Enfermeiro do NIA

	relatórios do sistema, o NIA irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	do investimento	
Produção de Terapias Renais Substitutivas	A produção da Policlínica será controlada pelo Núcleo Interno de Agendamento através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, o NIA irá acompanhar a produção diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	Enfermeiro do NIA

2.2. Plano Tático: Gestão de Indicadores de Desempenho

Responsável: Gerência Assistencial

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	Os dados referentes a esse indicador de desempenho serão controlados através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	Enfermeiro do NIA
Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertadas	Os dados referentes a esse indicador de desempenho serão controlados através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	Enfermeiro do NIA
Percentual de Exames de Imagem com	Os dados referentes a esse indicador de desempenho serão controlados através do sistema de gestão a ser implantado.	Início no primeiro	Gerência Administrativa

resultado em até 72 horas	Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	dia de gestão	
Taxa de acuracidade de estoque dos medicamentos do CEAF	Os dados referentes a esse indicador de desempenho serão controlados através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	RT Farmacêutico
Percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês	Os dados referentes a esse indicador de desempenho serão controlados através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	RT Farmacêutico
Taxa de perda financeira por vencimento	Os dados referentes a esse indicador de desempenho serão controlados através do sistema de gestão a ser implantado. Até a devida validação dos relatórios do sistema, eles serão acompanhados diariamente através de planilha excel.	Início no primeiro dia de gestão	RT Farmacêutico

3. Objetivo Estratégico: Certificação de Qualidade em Saúde

3.1. Plano Tático: Qualidade e Segurança do Paciente

Responsável: Diretoria Médica

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável

Gestão de documentos	Será implantado um sistema de gestão de documentos para devida busca pela acreditação hospitalar	Início em até 120 dias após o início da operação	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
Implantação de notificação de eventos adversos	Será implantado um sistema de notificações de eventos adversos para devida busca pela acreditação hospitalar	Início em até 5 meses após o início da operação	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
Matriz de risco e protocolos de segurança do paciente	Serão implantadas metodologias de matriz de risco e protocolos de segurança do paciente para devida busca pela acreditação hospitalar	Início em até 11 meses após o início da operação	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

3.2. Plano Tático: Implantação de Processos

Responsável: Gerência Assistencial

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Projeto de Implantação de fluxos assistenciais	Os fluxos assistenciais serão implantados de acordo com as boas práticas e estudos apresentados nessa proposta	Implantação total em até 5 meses após o início da operação	Coordenações dos setores assistenciais
Implantação de Protocolos Assistenciais	Serão implantados os devidos protocolos apresentados nessa proposta através de capacitações e acompanhamento das coordenações dos setores	Implantação total em até 6 meses após o início da operação	Coordenações dos setores assistenciais

Implantação da SAE	Será implantada a sistematização da assistência de enfermagem através do sistema de gestão a ser implantado na unidade	Implantação total em até 6 meses após o início da operação	Coordenações dos setores assistenciais

3.3. Plano Tático: Liderança Organizacional

Responsável: Diretoria Médica

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Atendimento a legislação e vigilância em saúde	Será implantada e respeitada toda documentação legal existente. Por ser um programa que abrange diversos setores, será coordenada diretamente pela Diretoria Médica	Implantação total em até 6 meses após o início da operação	Diretoria Médica
Atendimentos a legislação ambiental e gestão ambiental	Será implantada e respeitada toda documentação legal existente.	Implantação total em até 6 meses após o início da operação	Equipe de Infraestrutura
Implantação das Comissões Assessoras	Serão implantadas todas as comissões assessoras obrigatórias, bem como outras apresentadas nesse Plano de Trabalho.	Implantação total em até 90 dias após o início da operação	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
Gestão de Riscos	A Gestão de Riscos do Projeto é fundamental para que se possa medir e minimizar os riscos e impactos que possam ser gerados, principalmente, sobre os usuários.	Início no primeiro dia de gestão	Diretoria Médica

Política de Comunicação / Código de Ética	A Política de Comunicação e o Código de Ética da instituição serão os guias de conduta dos colaboradores e prestadores de serviço, que representam a instituição e a Policlínica.	Implantação total em até 3 meses após o início da operação	Comunicação

4. Objetivo Estratégico: Humanização

4.1. Plano Tático: Atendimento

Responsável: Coordenação Multiprofissional

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Projeto de implantação do SAU	O Serviço de Satisfação do Usuário deverá ser implantado e monitorado mensalmente pelos indicadores de desempenho definidos.	Início em até 30 dias após o início da operação	SAU
Projeto de Implantação da Ouvidoria	A Ouvidoria será implantada e monitorada mensalmente pelos indicadores de desempenho definidos.	Início no primeiro dia de gestão	Ouvidoria

4.2. Plano Tático: Acolhimento

Responsável: Gerência Assistencial

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
"Posso Ajudar"	O serviço de "Posso Ajudar" será implantado juntamente com o SAU e terá	Início em até 60 dias	SAU

	como principal objetivo auxiliar com informações, dicas e outras ações.	após o início da operação	
Projeto de Acolhimento	O Projeto de Acolhimento dos pacientes atendidos será implantado com o objetivo de humanizar a assistência ao usuário	Início em até 60 dias após o início da operação	Gerência Assistencial

5. Objetivo Estratégico: Gestão eficiente

5.1. Plano Tático: Gestão da Infraestrutura, Tecnologia e Inteligência

Responsável: Gerência Administrativa

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Projeto de tecnologia da informação	O projeto de tecnologia da informação será implantado em etapas de acordo com abertura dos serviços e priorização dos módulos do sistema.	Implantação total em até 12 meses após o início da operação	Equipe de T.I.
Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar	A Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar é de grande importância quando se trata de uma Policlínica que possuirá equipamentos de alto valor.	Início no primeiro dia de gestão	Engenharia Clínica
Análise de dados e projeções	O programa de análises de dados e projeções possui uma característica de alto impacto da tomada de decisão estratégica do projeto, dessa forma, será coordenado pela Gerência Administrativa e terá seu início com 3	Início em até 3 meses após o início da operação	Gerência Administrativa

	meses para que se tenha um breve histórico de dados na unidade.		

5.2. Plano Tático: Programa de Gestão Administrativa

Responsável: Gerência Administrativa

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Implantação de processos administrativos	Serão implantados todos os processos administrados apresentado nesse Plano de Trabalho, bem como outros que venham a ser importantes na administração da unidade.	Implantação total em até 3 meses após o início da operação	Líderes (Supervisores / Coordenadores) Administrativos de cada setor
Contratação e acompanhamento de prestadores de serviço	Serão realizados processos de contratação com avaliações técnicas e financeiras, por meio de critérios bem definidos. Após a contratação, os prestadores de serviço serão devidamente fiscalizados conforme norma já estabelecidas nos editais de contratação e formalizadas nos contratos de prestação de serviços.	Início desde a pré-assunção	Financeiro / Compras
Prestação de Contas	A prestação de contas será realizada conforme estabelecido no Contrato de Gestão.	Início no primeiro dia de gestão	Gerência Administrativa

5.3. Plano Tático: Programa de Gestão Financeira

Responsável: Diretoria Médica

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Implantação da administração financeira	Serão implantados todos os processos de administração financeira apresentados nesse Plano de Trabalho, bem como outros que venham a ser importantes na administração da unidade.	Implantação total em até 3 meses após o início da operação	Financeiro
Projeto de gestão de custos	Será implantado um Projeto de Gestão de Custos com a fim de buscar maior economicidade e transparência na gestão da unidade.	Início em até 1 mês após o início da operação	Financeiro
Implantação da gestão de suprimentos	A implantação da gestão de suprimentos se dará desde o primeiro dia de gestão, tendo uma fase antecessora com as compras de emergência que terão que ser realizadas para início da operação. A gestão de suprimentos virá então justamente para reduzir essas compras emergenciais e será feita com o suporte do sistema de gestão a ser implantado.	Início no primeiro dia de gestão	Financeiro

6. Objetivo Estratégico: Gestão e desenvolvimento de Pessoas

6.1. Plano Tático: Projeto de Desenvolvimento Humano

Responsável: Diretoria Médica

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Desenvolvimento de líderes	Será implantado conforme projetos apresentados no Plano de Trabalho e já desenvolvidos em outras unidades pelo IMED.	Início em até 6 meses após o início da operação	Recursos Humanos

Treinamentos e Capacitações	Será implantado conforme projetos apresentados no Plano de Trabalho e já desenvolvidos em outras unidades pelo IMED.	Início no primeiro dia de gestão	Recursos Humanos
Pesquisa de clima organizacional	Será implantado conforme apresentado no Plano de Trabalho buscando conhecer os colaboradores e implantar a Cultura IMED dentro da unidade.	Início em até 6 meses após o início da operação	Recursos Humanos
Projetos de Estágio	Os Programas de Estágio serão realizados principalmente com o objetivo de desenvolver futuros profissionais para a unidade e fortalecer o mercado de Saúde local.	Início em até 6 meses após o início da operação	Recursos Humanos

6.2. Plano Tático: Recrutamento e Controle de Pessoal

Responsável: Diretoria Médica

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Recrutamento e seleção internos e externo	O processo de recrutamento e seleção interno e externo é de extrema importância para que se mantenha uma equipe de colaboradores 100% comprometidos com o projeto e, por isso, é feita desde antes da assunção e continuamente durante todo o projeto.	Início desde a pré-assunção	Recursos Humanos
Controle de ponto e escalas de trabalho	O controle de pontos e escalas de trabalho será implantado desde o início do projeto a fim de reduzir riscos trabalhistas, financeiros e operacionais.	Início no primeiro dia de gestão	Coordenadores dos setores

7. Objetivo Estratégico: Incremento de atividades e projetos na Policlínica

7.1. Plano Tático: Serviços assistenciais

Responsável: Diretoria Médica

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Atendimento odontológico para pacientes dialíticos crônicos	O serviço multidisciplinar pós-covid atuará no acompanhamento para pacientes que necessitem de reabilitação	Início em até 60 dias após o início da operação	Coordenação do CEO

8.2. Plano Tático: Serviços Sociais

Responsável: Diretoria Médica

Projetos Operacionais

O que será feito	Como será feito	Prazo	Responsável
Rodas de conversa, aliada à concessão de espaço para grupos de auto e mútua ajuda	O projeto será implantado com vistas a trazer conforto e humanização no atendimento ao paciente crônico.	Início em até 90 dias após o início da operação	Coordenação Multidisciplinar
Instituição da Comissão de Responsabilidade Social	O projeto será implantado com vistas a trazer conforto e humanização no atendimento ao paciente crônico.	Início em até 6 meses após o início da operação	Serviço Social

		Percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês	
		Taxa de perda financeira por vencimento	
Certificação de Qualidade em Saúde	Qualidade e Segurança do Paciente	Gestão de documentos	
		Implantação de notificação de eventos adversos	
		Matriz de risco e protocolos de segurança do paciente	
	Implantação de Processos	Implantação de fluxos assistenciais	
		Implantação de Protocolos Assistenciais	
		Implantação da SAE	
	Liderança Organizacional	Atendimento a legislação hospitalar e de vigilância em saúde	
		Atendimentos a legislação ambiental e gestão ambiental	
		Implantação das Comissões Assessoras	
		Gestão de Riscos	
		Política de Comunicação / Código de Ética	
Humanização	Atendimento	Projeto de implantação do SAU	
		Projeto de Implantação da Ouvidoria	
	Acolhimento	"Posso Ajudar"	
		Projeto de Acolhimento	
Gestão eficiente	Gestão da Infraestrutura, Tecnologia e Inteligência	Projeto de tecnologia da informação	
		Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar	
		Análise de dados e projeções	
	Programa de Gestão Administrativa	Implantação de processos administrativos	
		Contratação e acompanhamento de prestadores	
		Prestação de Contas	
	Programa de Gestão Financeira	Implantação da administração financeira	
		Implantação da gestão de custos	
		Implantação da gestão de suprimentos	

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS NA UNIDADE

Plano Estratégico	Plano Tático	Plano Operacional	Fase pré-assunção	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Implantação de todos os serviços assistenciais da Policlínica	Planejamento pré-assunção	Planejamento de todas as frentes do projeto													
		Diagnóstico inicial da unidade													
		Inventário patrimonial e de estoque inicial													
		Aquisição de suprimentos													
	Implantação dos serviços	Operação do Ambulatório Médico e Multiprofissional													
		Operação do SADT													
		Serviço De Assistência Especializada – SAE													
		Serviço Especializado do Processo Transexualizador													
		Clínica de Serviços Dialíticos													
		Operação das PICs													
		Operação do Serviço de Telessaúde													
		Centro Especializado em Odontologia (CEO)													
Cumprimento de metas e indicadores contratuais	Gestão de Indicadores de Produção	Produção das Consultas Médicas													
		Produção das Consultas Multiprofissionais													
		Produção das Consultas Farmacêuticas CEAF													
		Dispensação de medicamentos CEAF													
		Produção do SADT													
		Produção de Consultas Odontológicas													
		Produção de Terapias Renais Substitutivas													
	Gestão de Indicadores de Desempenho	Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas													
		Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertadas													
		Percentual de Exames de Imagem com resultado em até 72 horas													
		Taxa de acuracidade de estoque dos medicamentos do CEAF													

CUSTOS ESTIMADOS

DESPESA MENSAL TOTAL	2.401.345,13
SALÁRIOS	193.060,74
INSALUBRIDADE	23.439,40
PRÊMIO E GRATIFICAÇÕES	15.160,72
BENEFICIOS	36.520,00
ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES	82.934,59
PROVISOES DE FÉRIAS E 13o.	34.694,90
OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL	8.236,47
DIRETORIA MÉDICA PJ	17.000,00
PESSOAS	**411.046,82**
MATERIAL ODONTOLÓGICO	7.980,00
GASES MEDICINAIS	3.500,00
MATERIAL DE ESCRITORIO / SUPRIMENTO DE INFORMÁTICA	12.500,00
COMBUSTÍVEIS	8.000,00
MATERIAL DE LIMPEZA	2.300,00
OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	5.000,00
MATERIAL DE CONSUMO	**39.280,00**
DROGAS E MEDICAMENTOS DIVERSOS	7.104,14
PRODUTOS MÉDICOS E ENFERMAGEM DIVERSOS	102.537,02
REAGENTES	34.518,48
MAT&MED	**144.159,64**
ASSESSORIAS E CONSULTORIAS	82.900,00
SERVIÇOS, PROGRAMAS E APLICATIVOS DE INFORMÁTICA	37.286,01
AUDITORIA	3.000,00
EDUCAÇÃO CONTINUADA	15.000,00
LIMPEZA PREDIAL	87.267,70
SERVIÇO DE VIGILÂNCIA	58.830,74
SND	32.000,00
SERVIÇOS DE REMOÇÃO	52.200,00
SERVIÇOS DE TRANSPORTE	63.800,00
COLETA DE RESÍDUOS HOSPITALARES	6.000,00
SERVIÇOS DE APOIO E FACILITIES	**438.284,45**
DIAGNÓSTICO POR IMAGENS	269.924,00
EXAMES LABORATORIAIS	142.300,00
SERVIÇOS ASSISTENCIAL MÉDICO	430.420,00

Gestão e desenvolvimento de Pessoas	Projeto de Desenvolvimento Humano	Desenvolvimento de líderes	
		Treinamentos e Capacitações	
		Pesquisa de clima organizacional	
		Projetos de Estágio	
	Recrutamento e Controle de Pessoal	Recrutamento e seleção interno e externo	
		Controle de ponto e escalas de trabalho	
Incremento de atividades e projetos na Policlínica	Serviços assistenciais	Atendimento odontológico para pacientes dialíticos crônicos	
	Serviços sociais	Rodas de conversa, aliada à concessão de espaço para grupos de auto e mútua ajuda	
		Instituição da Comissão de Responsabilidade Social	

Cronograma de implantação dependente de verba de investimento e/ou aprovações da SES

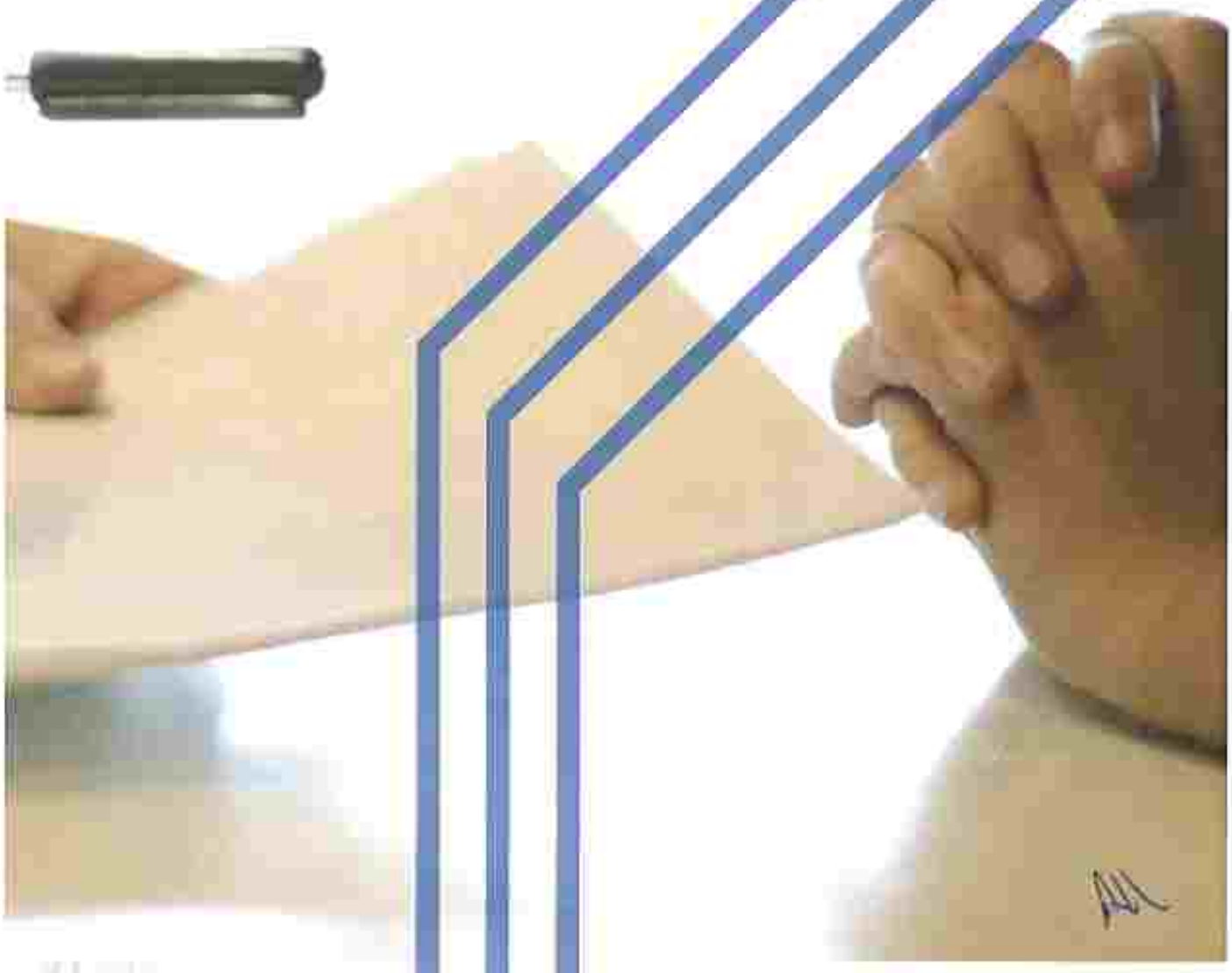
SERVIÇO DE ODONTOLOGIA	122.163,02
SERVIÇOS DE ASSISTENCIAL - NEFROLOGIA	238.835,00
SERVIÇOS ASSISTENCIAIS E DIAGNÓSTICOS	**1.203.642,02**
MANUTENÇÃO PREDIAL E ADEQUAÇÕES	2.480,00
MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	22.000,00
MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTO ASSISTENCIAL	51.945,10
LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS	5.000,00
LOCAÇÃO DE IMÓVEIS	700,00
LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS ADMINISTRATIVOS	37.367,60
LOCAÇÃO DE VEÍCULOS	4.500,00
LOCAÇÃO DE IMPRESSORAS	8.580,00
MANUTENÇÕES E LOCAÇÕES DIVERSAS	**132.572,70**
ÁGUA	12.000,00
ENERGIA	15.000,00
TELEFONIA	3.109,50
INTERNET	1.250,00
TAXAS E IMPOSTOS	1.000,00
DESPESAS DIVERSAS	**32.359,50**

Assim, o valor de custeio estimado para a prestação dos serviços é de R$ 2.401.345,13 (dois milhões, quatrocentos e um mil, trezentos e quarenta e cinco reais e treze centavos) por mês, totalizando, para os 36 meses de contrato, o valor de R$ 86.448.424,68 (oitenta e seis milhões quatrocentos e quarenta e oito mil quatrocentos e vinte e quatro reais e sessenta e oito centavos).

ANEXOS DA

PROPOSTA DE TRABALHO

DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA.



002181

002182

IMED

DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA

Ref.: Chamamento Público nº 010/2024

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**, localizada na Avenida Oeste, Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa/GO, todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 010/2024.

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

Informo, ainda, que conheço as Leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema único de Saúde – SUS, bem como respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde.

Em São Paulo, 07 de outubro de 2024.

12°

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO
André Silva Sader – Diretor Financeiro – Representante Legal


Reconheço por semelhança 1 Firma(s)SEM VALOR ECONOMICO
de: (1) ANDRE SILVA SADER Dou fé
São Paulo,09/10/2024. Em test. _____ da Verdade.
Marcelo Padilha dos Santos - ESCREVENTE
Valor: R$ 8,23 Selo(s): 1042AC0325015
12º Tabelião de
Comarca da C
Al. SANTOS
Marcelo Padilha do
Escrevente Aut
1042
SELO DIGITAL
1042AC0325015



ITEM 26.2.3 DO EDITAL – QUALIDADE TÉCNICA

002185

002186



EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE UNIDADE DE SAÚDE DA PROPONENTE

002187

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins, que o **IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento**, associação civil sem fins lucrativos de apoio à gestão de saúde, qualificado pelo Decreto Estadual nº 8.150, de 23 de abril de 2014, como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, com sede na Rua Itapeva, nº 202, Conj. 34, Bela Vista, São Paulo-SP, CEP.: 01.332-000 (CNPJ/MF nº. 19.324.171/0001-02), e filial na Cidade de Uruaçu, Estado de Goiás, sita na Rua Anápolis, Qd.28, Lt.09-A, Sala 03, Centro, CEP: 76.400-000 (CNPJ/MF nº 19.324.171/0008-70), realiza o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual do Centro-Norte Goiano (HCN), localizado na Avenida Galdino Moreira de Souza, nº 1230, Residencial Jardim Eldorado, Uruaçu - GO, CEP.: 76400-000, **desde o dia 01º de dezembro de 2021 até a presente data (01º de março de 2022)**, conforme Termo de Contrato de Gestão celebrado junto ao Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado de Saúde – SES/GO, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia/GO (Contrato de Gestão nº 080/2021), dentro das normas e padrões estabelecidos com qualidade, transparência e eficiência.

- **Período de Vigência do Contrato de Gestão: de 01/12/2021 até 22/11/2025.**

A Unidade de Saúde é um Hospital Geral de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada.

Funcionamento da Unidade Hospitalar: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual (CRE).

São Paulo 07 OUT 2022
12º
AU10428D0807613


EM BRANCO

O HCN funciona 24 horas e realiza atendimentos de Urgência e Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade.

- Capacidade Instalada do Hospital: **307 (trezentos e sete leitos.**

O Hospital Estadual do Centro-Norte Goiano (HCN) possui 238 (duzentos e trinta e oito) leitos gerais e 45 (quarenta e cinco) leitos complementares, sendo destes 20 (vinte) leitos de UTI adulto, 10 (dez) UTI Pediátrica e 10 (dez) UTI Neonatologia, 05 (cinco) leitos de unidade de cuidados intermediários neonatal todos disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Internação	**Quantidade**
UTI Adulto	20 leitos
UTI Neonatal	10 leitos
UTI Pediátrico	10 leitos
UCIN	05 leitos
Clínico Adulto	90 leitos
Cirúrgico	60 leitos
Obstétrico	60 leitos
Pediátrico	28 leitos
Centro Cirúrgico (Salas cirúrgicas)	10
Centro Cirúrgico (RPA)	14
Total	**307**

- **<u>Linhas de Serviços</u>:**

a) <u>Internação</u>:

a.a) Saídas de Clínica Médica;

a.b) Saídas Cirúrgica;

a.c) Saídas de Pediátricas;

a.d) Saídas Cirúrgicas Oncológicas;

12º TABELIÃO DE NOTAS DA COMARCA DA CAPITAL
AL. Santos, 1470 - São Paulo - SP
AUTENTICAÇÃO: Autentico a presente cópia reprográfica extraída destas notas, conferiu o original apresentado, dou fé.
São Paulo, 07 OUT. 2024
12º
114452 AUTENTICAÇÃO
AU1042BD0807614

EM BRANCO

002192

a.e) Saídas Oncológicas;

a.f) Saídas Obstetrícia;

a.g) Saídas Saúde Mental;

a.h) Internações em leitos de UTI adulto;

a.i) Internações em leitos de UTI pediátrico;

a.j) Internações em leitos de UTI neonatal; e

a.l) Internações em leitos de UCIN (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal).

b) 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.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na Atenção Especializada: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade.

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 (doze horas.

AUTENTICAÇÃO. Autentico o presente
S.Paulo, 07 OUT 2024
12º
114462
AUTENTICAÇÃO
AU1042BD0007658

- Assistência Hospitalar:

A assistência à saúde é prestada em regime de hospitalização, compreendendo todo o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente, desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se al todos os

EM BRANCO

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).

No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

a) Assistência por equipe médica especializada;

b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;

c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;

d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;

e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;

f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;

g) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;

h) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação;

i) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral;

j) 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);

k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;

l) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;

1º TABELIÃO DE NOTAS DA COMARCA DA CAPITAL
Al. Santos, 1470 São Paulo SP
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente
cópia reprográfica extraída destes autos.
Conferi com o original apresentado. Dou fé.
S.Paulo, 07 DEZ. 2024
125
EMOLUMENTOS
GOVERNO
CUSTAS CORREIO
114462
AUTENTICAÇÃO
AU10428D0007616

EM BRANCO

m) 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);

n) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário;

o) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000);

p) Sangue e hemoderivados;

q) Fornecimento de roupas hospitalares;

r) 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;

s) Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente; e

t) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

- <u>Atendimento às Urgências Hospitalares:</u>

A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências porta aberta e referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h.

- Especialidades na porta de entrada (urgência) oferecidas no HCN:

AUTENTICAÇÃO. Autentico a presente cópia reprográfica extraída dos autos contendo original corresponde [illegible]
S.Paulo 07 OUT. 2024
12º
114462
AUTENTICAÇÃO
EWERTON RODRIGUES DE
ESCREVENTE AUTOR-Z
CUSTAS CONTRIB. P/ VERBA
AU10428DS807517

EM BRANCO

Cirurgia Buco Maxilo Facial
Cirurgia Geral
Cirurgia Torácica
Clínica Médica
Ginecologia/Obstetrícia
Ortopedia e traumatologia
Neurocirurgia
Neurologia
Angiologia e Cirurgia Vascular
Pediatria

- **Atendimento Ambulatorial:**

a) Consultas Médicas e Multiprofissional na Atenção Especializada: o Hospital disponibiliza consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também são encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas ao Complexo Regulador Estadual, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório. As consultas ambulatoriais compreendem: i) primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso; ii) interconsulta; e (iii) consultas subsequentes (retornos). Outros serviços ambulatoriais de nível superior multiprofissionais contemplados incluem:

- Farmácia Ambulatorial;

- Psicologia;

- Consulta de Enfermagem;

- Serviço Social;

- Fisioterapia;

- Terapia Ocupacional;

- Fonoaudiologia; e

- Nutricionista.

12º TABELIÃO DE NOTAS DA COMARCA DA CAPITAL
AL Santos, 1475 - São Paulo-SP
AUTENTICAÇÃO: Autentico a presente cópia reprográfica extraída destas notas contendo 01 folha(s) sem alteração. Dou fé.
S.Paulo 07 OUT 2021
12º
EWERTON ROBERTO
ESCREVENTE AUTORIZADO
CUSTAS CONTRIB. P/ VRD
AUTENTICAÇÃO
AU1042BD00007618

- Especialidades Médicas oferecidas no Ambulatório do HCN:

EM BRANCO

002200

Cardiologia - exames pré operatórios (risco cirúrgico)
Cirurgia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Cirurgia Oncológica
Clínica Médica
Dermatologia - Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Gastroenterologia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Gastroenterologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Ginecologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Hematologia
Infectologia (VVS)
Mastologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Neurocirurgia
Obstetrícia (pré natal alto risco)
Oncologia Clínico
Otorrinolaringologia - adulto (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Otorrinolaringologia pediátrica (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Ortopedia e Traumatologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Cuidado Paliativo – Paliativismo
Pediatria (egresso alto risco)
Proctologia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Proctologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Pneumologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Urologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Urologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Angiologia e Cirurgia Vascular (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

- Especialidades Multiprofissionais oferecidas no Ambulatório dono HCN:

Fisioterapia (egresso)
Terapia ocupacional (egresso)
Fonoaudiologia (egresso)
Enfermagem (egresso)
Farmácia – VVS
Psicologia – VVS
Serviço Social – VVS
Nutrição

OITAVO(A) OFÍCIO DA COMARCA DA CAPITAL
Al. Santos, 1470 - São Paulo/SP
AUTENTICAÇÃO Apostilo a presente
após reconhecer a(s) assinatura(s) destes
conforme original apresentado, dou fé.
S.Paulo, 07 OUT. 2024
12º
EWERTON RODRIGUES
ESCREVENTE AUTO
CUSTAS CONTIDO R$ 17,81
AUTENTICAÇÃO
AU10428D09807619

- Cirurgias Programadas:

EM BRANCO

São realizadas no HCN intervenções que abrangem as cirurgias de médio e alto porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar.

Os pacientes são provenientes de demanda externa ao hospital, bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados na unidade hospitalar. Em ambos os casos, todas as cirurgias programadas são reguladas pelo Complexo Regulador Estadual.

- Especialidades Médicas de Cirurgias Programadas oferecidas no HCN:

Cirurgia Geral
Cirurgia oncológica (tais como: aparelho digestivo, urologia, colo-proctologia, ginecologia, mastologia)
Gastroenterologia
Ginecologia
Neurocirurgia
Ortopedia
Otorrinolaringologia - adulto e pediátrica
Proctologia
Urologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

A Unidade de Saúde contempla ainda em sua linha de serviços:

a) **SADT Externo**: exames e ações de apoio terapêutico disponibilizados à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

b) **Leito Dia**: disponibilizado aos pacientes que comparecem ao HCN apenas para recebimento de dose esquemática de medicação endovenosa e pequenos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na Unidade Hospitalar por um período máximo de 12 horas, procedimentos esses devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

c) **Serviços e Apoio**, assim divididos:

Al. Santos, 1470 - São Paulo-SP
cópia reprográfica autenticada nestas notas
conforme original apresentado, dou fé
S.Paulo 07 OUT. 2024
12º
EWERTON RODRIGU
ESCREVENTE AUT
CUSTAS CONTRIB. P/ VE
AU1042BD0037922

EM BRANCO

002204

- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT): conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade, SADT Interno, prestado 24 horas por dia, ininterruptamente;

- Serviços de Farmácia: garante a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação;

c) Serviço de Nutrição e Dietética (SND): o Serviço de Nutrição e Dietética do HCN presta assistência nutricional e fornece refeições balanceadas e voltadas às necessidades de cada paciente.

d) Serviço de Lavanderia: esse serviço de apoio ao atendimento dos pacientes do HCN é responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade da Unidade; e

e) Central de Material e Esterilização (CME): a CME do HCN é o setor de apoio responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

Atesto, ainda, que o IMED desempenha as atividades com excelência e de forma humanizada, através de pessoas idôneas e capacitadas, não havendo, até a presente data, fatos que desabonem sua conduta e responsabilidade com as obrigações assumidas.

Uruaçú-GO, 01° de março de 2022.

Ismael Alexandrino

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Dr. Ismael Alexandrino Júnior– Secretário de Saúde do Estado de Goiás

12° TABELIÃO DE NOTAS DA COMARCA DA CAPITAL
Al. Santos, 1470 São Paulo-SP
AUTENTICAÇÃO-Autentico a presente cópia reprográfica extraída destas notas conforme original apresentado, dou fé.
S.Paulo: 07 MAR. 2024
12°
VALDIR JOAQUIM DE BRITO
COM SELO DE AUTENTICIDADE
114462 AUTENTICAÇÃO
AU1042BD0007621


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS
TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Reconheço por semelhança a assinatura de ISMAEL ALEXANDRINO
JUNIOR. Dou fé. Em Test.
Goiânia-GO,
Cláudio Silva Ângelo de Menezes Carneiro

12º TABELIÃO DE NOTAS DA COMARCA DA CAPITAL
Al. Santos, 1470 - São Paulo-SP
AUTENTICAÇÃO: Autentico a presente
cópia reprográfica extraída neste ato
conforme original apresentado. Dou fé.
São Paulo, 07 OUT. 2024
12º
EMERSON RODRIGUES
ESCREVENTE AUTORIZADO
CUSTAS Cheque R$ 7,40
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
174402
AUTENTICAÇÃO
AU1042BD0807622

002206



EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE POLICLÍNICAS/ AME/CLÍNICA ESPECIALIZADA OU SIMILAR, ETC

002207

002208

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Termo de Colaboração nº 94/2024 - SES

Processo nº 202400010044191

Ajuste de Parceria na forma de Termo de Colaboração, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – IMED, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, RASSIVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº M-6 233.587/SSP-MG, inscrito no CPF nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual n° 8.150, de 23/04/2014, inscrito no CNPJ nº 10.324.171/0001-02, com endereço na Rua Itapeva, nº 202, Conjunto 34, Bela Vista, São Paulo - SP, neste momento representado por ANDRÉ FONSECA LEME, brasileiro, advogado, portador da CI/RG nº 20.737.340 SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 275.226.198-58, residente e domiciliado em São Paulo - SP

RESOLVEM, na forma da Lei federal nº 13.019/2014, Lei estadual nº 22.511/2023 e Decreto estadual nº 10.356/2023 e seus Anexos, celebrar o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

1.1. O presente Termo de Colaboração reger-se-á por toda a legislação aplicável à espécie, e ainda pelas disposições que a completarem, cujas normas, desde já, entendem-se como integrantes deste, em especial o art. 30, inciso I, da Lei federal nº 13.019/2014, Lei estadual nº 22.511/2023 e Decreto estadual nº 10.356/2023, as quais o **PARCEIRO PRIVADO** declara conhecer e se obriga a respeitar, ainda que não transcritas neste instrumento.

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO

2.1 O presente Termo de Colaboração tem por objeto o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de no mínimo 12 horas/dia, na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse, localizada na Avenida Juscelino K. de Oliveira, Setor Buenos Aires, Posse- Goiás - CEP 73.900-000, no Estado de Goiás, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e Anexos Técnicos, parte integrante da dispensa de Chamamento Público.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

3.1. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO**:

3.1.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Plano de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** exclusivamente na execução do seu objeto.

3.1.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitida, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.6. Gravar com cláusula de inalienabilidade os equipamentos e materiais permanentes adquiridos com recursos provenientes deste Termo de Colaboração e formalizar promessa de transferência da propriedade à administração pública, no hipótese de sua extinção.

3.1.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração.

3.1.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas.

3.1.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução.

3.1.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceria, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de qualquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

002209

002210

3.1.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas.

3.1.12. Prover os serviços e os equipamentos e garantir o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e do Plano de Trabalho.

3.1.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso.

3.1.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e no Plano de Trabalho.

3.1.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento.

3.1.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Secretaria de Estado de Saúde, após análise da Procuradoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, necessários à execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, observando os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo, devendo ainda:

3.1.16.1. prever a realização de procedimentos abertos e acessíveis ao público, com prazo mínimo de 5 (cinco) dias úteis entre a publicação e o envio das propostas no caso de contratações comuns e 10 (dez) dias úteis para contratações complexas e/ou de grande vulto;

3.1.16.2. prever que a vigência dos contratos com terceiros celebrados pela organização da sociedade civil esteja limitado a vigência deste Termo de Colaboração e seus aditivos.

3.1.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura deste TERMO DE COLABORAÇÃO, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

3.1.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo em relação à admissão de colaboradores, seja qual vínculo jurídico for; na contratação de prestadores de serviços; na constituição do quadro diretivo da entidade, celetistas ou não; e na celebração de outros negócios jurídicos com pessoas jurídicas.

3.1.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da publicação deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados no Plano de Trabalho apresentado.

3.1.20. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar as modalidades de contratação de mão de obra permitidas na legislação brasileira, inclusive o previsto na Lei federal nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, com a redação dada pela Lei federal nº 13.429, de 31 de março de 2017, para contratar recursos humanos para atividades meio e fim do objeto do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, incluindo-se aí as atividades assistenciais das unidades de saúde.

3.1.21. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento.

3.1.22. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas no Plano de Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.

3.1.23. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, desde que não sejam superiores ao teto estabelecido no art. 92 da Constituição Estadual.

3.1.24. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

3.1.25. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis.

3.1.27. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações.

3.1.28. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Plano de Trabalho apresentado.

3.1.29. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação.

3.1.30. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.31. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência.

3.1.32. Manter, durante a execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas na **Dispensa de Chamamento Público**.

3.1.33. Manter durante a execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado no Plano de Trabalho;

3.1.34. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.1.35. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.35.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.36. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas.

3.1.37. Emitir e apresentar prestação de contas parciais, ao término de cada exercício, no prazo de até 90 dias, ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, ao **PARCEIRO PÚBLICO**, devidamente aprovada pela Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada no Anexo II deste termo.

002211

3.1.38. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros.

3.1.39. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros.

3.1.40. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização.

3.1.41. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989).

3.1.42. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas.

3.1.43. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, com envio mensal de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.43.1. Verificar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.44. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior.

3.1.45. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Monitoramento e Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes.

3.1.45.1. A ausência de resposta, ou mesmo a inobservância ao prazo assinalado para fornecimento das informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, além de constituir em infração ao presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, poderá ser enquadrada na conduta descrita no inciso V do art. 5º da Lei nº 18.672/2014, disposto: "dificultar atividade de investigação ou fiscalização de órgãos, entidades ou agentes públicos, ou intervir em sua atuação, inclusive no âmbito das agências reguladoras e dos órgãos de fiscalização estaduais", aplicáveis nos termos da referida Lei, à pessoa jurídica aos seus administradores e dirigentes, bem como os agentes que, na prática, exerçam atos característicos de gestão, ainda que não constem formalmente como administradores.

3.1.46. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor.

3.1.47. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria.

3.1.48. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas.

3.1.49. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em contas bancárias específicas isentas de tarifa bancária, conforme item 9.11, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado.

3.1.50. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas.

3.1.51. Possuir um CNPJ específico (filial) e contas bancárias individualizadas para cada **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.51.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá observar as normas para movimentação dos recursos transferidos pela SES aos **PARCEIROS PRIVADOS**, instituídas mediante a Portaria nº 994/2023 - SES.

3.1.51.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá abrir contas correntes bancárias específicas isentas de tarifa bancária na Caixa Econômica Federal, agência 0012 (Agência Anhanguera), nos termos do item 9.11 deste Termo, apresentando o extrato zerado à Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios.

3.1.51.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá providenciar a abertura do CNPJ específico (filial) e contas bancárias individualizadas de que trata o item 3.1.51 no prazo de até 60 (sessenta) dias, após a assinatura do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.52. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

3.1.53. Manter, pelo período mínimo de 10 (dez) anos, contado do dia útil subsequente ao da prestação de contas, no mínimo, os documentos originais que compõem a prestação de contas, conforme Anexo II deste termo.

3.1.53.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001.

3.1.54. Repetir imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo.

3.1.55. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

3.1.56. Efetivar os pagamentos dos serviços de água e telefone/internet da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

3.1.56.1. Encaminhar mensalmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água e telefone/internet da unidade pública sob sua gestão;

3.1.56.2. A responsabilidade pelos pagamentos estabelecidos no item 3.1.56 é exclusiva do **PARCEIRO PRIVADO**, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do **PARCEIRO PÚBLICO** a inadimplência da organização da sociedade civil em relação aos referidos pagamentos, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/14.

3.1.57. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

3.1.57.1. A responsabilidade pelos pagamentos estabelecidos no item 3.1.58 é exclusiva do **PARCEIRO PRIVADO**, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do **PARCEIRO PÚBLICO** a inadimplência da organização da sociedade civil em relação aos referidos pagamentos, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/14.

3.1.58. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.59. Atender as metas pactuadas e definidas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

002213

3.1.60. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave.

3.1.61. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas.

002214

3.1.62. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria.

3.1.63. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior.

3.1.64. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria.

3.1.65. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer valores, independente da rubrica.

3.1.66. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros.

3.1.67. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros.

3.1.68. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal.

3.1.69. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias.

3.1.70. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los.

3.1.71. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido.

3.1.72. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas.

3.1.73. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **TERMO DE COLABORAÇÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados no item 14 deste termo.

3.1.74. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

3.1.75. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e no Plano de Trabalho apresentado.

3.1.76. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do **TERMO DE COLABORAÇÃO** e que alude, a confirmação **pelo PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

3.1.77. Cumprir rigorosamente a Lei Federal nº. 13.019/2014;

3.1.78. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 9.18.

3.1.79. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei Nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.80. Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** as despesas com pessoal empregado nas atividades fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público.

3.1.81. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter todas as condições de habilitação fiscal e trabalhista previstas na Lei nº 13.019/14 durante o curso do presente TERMO.

3.1.82 Os bens móveis e imóveis adquiridos pela OSC com recursos provenientes da celebração do Termo de Colaboração serão destinados exclusivamente à sua execução, e a respectiva titularidade deve ser imediatamente transferida ao Estado.

3.1.83 A aquisição de bens imóveis a ser realizada durante a execução do Termo de Colaboração, com recursos dele provenientes, será precedida de autorização do Secretário de Estado da Saúde, mediante a ratificação do Chefe do Executivo, sendo a respectiva titularidade imediatamente transferida ao Estado.

4. CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

4.1. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

4.2. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Décima deste **TERMO DE COLABORAÇÃO;**

4.3. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;

4.4. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **TERMO DE COLABORAÇÃO;**

4.5. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO;**

4.6. Realizar o pagamento de energia da Unidade de Saúde, cujo valor será glosado do custeio mensal. O **PARCEIRO PÚBLICO** deverá, ainda, reter o valor referente ao Imposto de Renda e glosar do custeio mensal;

4.7. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **TERMO DE COLABORAÇÃO;**

4.8. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelo Poder Público Estadual, mormente o disposto no art. 71 da Lei nº 20.756/2020, bem como no §1º do art.42 c/c art. 142 da Constituição Federal;

4.9. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO** , cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal e terá como teto o valor apurado a cada mês de competência, vedada a fixação de valor.

4.10. Nomear Comissão de Monitoramento e Avaliação deste **TERMO DE COLABORAÇÃO;**

4.11. Manter o processo de Dispensa de Chamamento Público do **PARCEIRO PRIVADO**, bem como da contratação e da execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

4.12. Manter os processos de prestação de contas deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 10 (dez) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

4.13. Manter o processo de rescisão da parceria, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contendo, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão de bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

002215

4.14. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **TERMO DE COLABORAÇÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados no Anexo III deste termo;

4.15. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados abaixo:

4.15.1. Parecer conclusivo, emitido pelo responsável pelo órgão ou entidade supervisora, com descrição da análise efetuada sobre as contas, atestando a regularidade da aplicação dos recursos públicos repassados à entidade no decorrer do exercício, evidenciando, dentre outras informações:

I - identificação da entidade contratada com as seguintes informações:

a) razão social;

b) CNPJ;

c) natureza jurídica;

d) área de atuação;

e) sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet);

II - declaração que recebeu a prestação de contas pela organização da sociedade civil assinada por seu dirigente máximo contendo a data da apresentação e o período de referência;

III - objeto e vigência do Termo de Colaboração;

IV - comparativo entre os valores pactuados mensais e os efetivamente repassados durante o exercício com as justificativas de eventuais diferenças;

V - comparativo entre os valores efetivamente repassados nos últimos três exercícios, quando houver;

VI - comparativo do gasto anual com pessoal em relação aos gastos dos últimos dois exercícios, quando houver, identificando separadamente as despesas com contratados e cedidos e respectivos encargos;

VII - demonstração da vantajosidade efetivamente obtida com a descentralização da prestação do serviço público, a qual deverá abranger a economia financeira e ganhos de eficiência técnica, de forma a evidenciar a relação custo-benefício e fazendo, ainda, referência às metas e indicadores estabelecidos;

VIII comparativo das metas previstas e realizadas, contemplando:

a) indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas;

b) a execução dos programas de trabalho proposto pela Organização da Sociedade Civil, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas;

c) indicadores de gestão que permitam aferir a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade da atuação da entidade, levando-se em conta os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição;

d) as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas.

IX - irregularidades detectadas na execução do Termo de Colaboração e eventuais sanções aplicadas;

X - informações acerca da abertura de tomada de contas especial durante o exercício;

XI - informações sobre a publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do Termo de Colaboração, contendo a data de publicação;

XII - endereço da página do sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet) onde se encontram divulgados os relatórios emitidos pela comissão de monitoramento e avaliação;

XIII - cumprimento das determinações expedidas pelo Tribunal de Contas e pela Controladoria-Geral do Estado, caso haja.

4.15.2. Relatório da auditoria externa, sobre as Demonstrações Contábeis, no sentido de verificar se estas refletem adequadamente a posição patrimonial e financeira, o resultado das operações, as mutações do patrimônio líquido e os fluxos de caixa da contratada examinada, bem como em relação a evolução do passivo trabalhista e/ou previdenciário e o seu impacto nas contas auditadas.

4.15.3. Certificado de Auditoria do órgão central de controle interno, evidenciando os aspectos de eficácia, eficiência, efetividade, economicidade, legalidades e legitimidade na execução do Termo de Colaboração.

4.15.4. Nota técnica do órgão central de controle interno, a ser enviada diretamente ao Tribunal, por meio do Portal TCENet, disponível no endereço www.tce.go.gov.br, evidenciando a aplicabilidade dos indicadores quanto aos aspectos de eficácia, eficiência, efetividade, economicidade, bem como a legalidade e legitimidade do processo de prestação de contas do Termo de Colaboração, além da avaliação quanto:

a) à adequada formalização e tempestividade na prestação de contas anual, inclusive sua disponibilização aos órgãos competentes em homenagem ao princípio da transparência pública;

b) aos trabalhos desenvolvidos pela comissão de monitoramento e avaliação, realizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

4.16. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão adotados.

5. CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

5.1. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

5.1.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação.

5.1.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integrarão o objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

5.1.3 Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais;

5.1.4 Divulgar as ações/resultados advindos do **TERMO DE COLABORAÇÃO** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

5.1.5 Divulgar pela internet os meios de representação sobre a aplicação irregular dos recursos envolvidos na parceria.

002217

6. CLÁUSULA SEXTA - DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, E DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

6.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** promoverá o monitoramento e a avaliação do cumprimento do objeto da parceria por meio da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la).

6.1.1. Para a implementação do disposto no item anterior, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá valer-se do apoio técnico de terceiros, delegar competência ou firmar parcerias com órgãos ou entidades que se situem próximos ao local de aplicação dos recursos.

6.2. Diariamente, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) deverá acompanhar os dados inseridos pela organização da sociedade civil nos sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

6.3. Mensalmente, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) emitirá relatório parcial de execução do objeto, em que avaliará:

6.3.1. o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas, de que trata o item 3.1.36.

6.3.2. o relatório de produção extraídos dos sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

6.3.3. os indicadores de desempenho extraídos dos sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

6.3.4. cumprimento das obrigações trabalhistas.

6.4. Trimestralmente, ou em prazo inferior conforme determinado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) procederá a consolidação dos relatórios parciais de execução do objeto do período findo, com a indicação dos valores a serem glosados, se for o caso, devendo encaminhá-lo ao Gestor do Termo de Colaboração.

6.5. Semestralmente, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) emitirá relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, e o submeterá à Comissão de Monitoramento e Avaliação designada, que o homologará, independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas devida pela organização da sociedade civil.

6.5.1. O relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, deverá conter:

a) descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;

b) análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho;

c) valores efetivamente transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

d) análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela organização da sociedade civil na prestação de contas, quando não for comprovado o alcance das metas e resultados estabelecidos no respectivo termo de colaboração;

e) análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

6.6. O **PARCEIRO PÚBLICO** designará a Comissão de Monitoramento e Avaliação através de Portaria expedida pelo titular da Secretária de Estado da Saúde, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura do Termo de Colaboração.

6.7. Os resultados atingidos com a execução deste Termo de Colaboração obtidos na forma dos itens 6.3, 6.4 e 6.5, nortearão as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO.**

6.8. O **PARCEIRO PÚBLICO** promoverá o acompanhamento e a fiscalização da parceria por meio de Gestor/Suplente designado através de Portaria expedida pelo titular da Secretária de Estado da Saúde, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura do **TERMO DE COLABORAÇÃO.**

6.8.1. O Gestor, poderá solicitar a designação de um ou mais Fiscais/Suplentes para prestar apoio técnico e operacional, especialmente quando a execução ocorrer em município diverso de sua lotação e/ou demandarem conhecimentos técnicos específicos.

6.8.1.1. A designação do(s) Fiscal(ais) deverá ocorrer por meio de Portaria expedida pelo titular da Secretaria de Estado da Saúde.

6.9. São obrigações do Gestor:

6.9.1. acompanhar e fiscalizar a execução da parceria;

6.9.2. informar ao seu superior hierárquico a existência de fatos que comprometam ou possam comprometer as atividades ou metas da parceria e de indícios de irregularidades na gestão dos recursos, bem como as providências adotadas ou que serão adotadas para sanar os problemas detectados;

6.9.2.1. as irregularidades cometidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** ao longo da execução da parceria serão preliminarmente apuradas pela área técnica responsável pela gestão e/ou fiscalização, que notificará a parceira privada para que, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, contados do recebimento do aviso, apresente justificativas ou providencie a regularização.

6.9.2.2. providenciada a regularização ou acatada a justificativa, a área técnica competente emitirá despacho fundamentado, indicando os motivos de fato e de direito que levaram ao seu acolhimento, encaminhando-o ao Titular da Pasta para conhecimento e decisão.

6.9.2.3. não havendo a regularização e/ou rejeitada a justificativa, havendo indícios suficientes de materialidade capazes de ensejar a aplicação de sanção, nos termos estabelecidos no ajuste, e demais normas pertinentes, a área técnica competente emitirá relatório sucinto descrevendo os fatos e as condutas irregulares eventualmente praticadas pela parceira privada e submeterá ao Titular da Pasta para instauração do Processo de Responsabilização por descumprimento de parceria, em autos apartados do principal.

6.9.3. emitir parecer técnico conclusivo de análise da prestação de contas final, levando em consideração o conteúdo do relatório técnico de monitoramento e avaliação de que trata o item 6.5.

6.9.4. disponibilizar materiais e equipamentos tecnológicos necessários, se for o caso, às atividades de monitoramento e avaliação.

6.9.5. acompanhar o pagamento de água e telefone/internet da unidade sob gestão da organização da sociedade civil.

6.9.6. acompanhar a regularidade fiscal e trabalhista da organização da sociedade civil, bem como a manutenção de todas as condições de habilitação.

6.9.7. solicitar à Gerência de Finanças o depósito das parcelas mensais na forma dos itens 9.1 e 10.1, com as indicações de Glosas, se houver, em conformidade com o indicado nos relatórios parciais de execução do objeto, de que tratam os itens 6.3 e 6.4.

6.10. O Gestor da execução do Termo de Colaboração, ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos públicos pela organização da sociedade civil, deverá informar o Secretário de Estado da Saúde e, posteriormente, o Tribunal de Contas do Estado, bem como à Assembleia Legislativa do Estado de Goiás, sob pena de responsabilidade solidária.

6.10.1. Sem prejuízo da medida a que se refere o item 6.10, caso haja indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, o Gestor, quando assim a gravidade dos fatos ou o interesse público exigirem, representará ao Ministério Público, à Controladoria-Geral do Estado — CGE e à Procuradoria-Geral do Estado — PGE, para a adoção das medidas cabíveis.

6.11. Na hipótese de inexecução por culpa exclusiva da organização da sociedade civil, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, exclusivamente para assegurar o atendimento de serviços essenciais à população, por ato próprio e independentemente de autorização judicial, a fim de realizar ou manter a execução das metas ou atividades pactuadas:

6.11.1. retomar os bens públicos em poder da organização da sociedade civil parceira, qualquer que tenha sido a modalidade ou título que concedeu direitos de uso de tais bens;

002219

6.11.2. assumir a responsabilidade pela execução do restante do objeto previsto no plano de trabalho, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade, devendo ser considerado na prestação de contas o que foi executado pela organização da sociedade civil até o momento em que a

002220

administração assumiu essas responsabilidades.

6.12. O **PARCEIRO PÚBLICO**, sempre que possível, realizará pesquisa de satisfação com os beneficiários do plano de trabalho e utilizará os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e do cumprimento dos objetivos pactuados, bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas.

6.13. Será impedida de participar como gestor da parceria ou como membro da comissão de monitoramento e avaliação pessoa que, nos últimos 5 (cinco) anos, tenha mantido relação jurídica com, ao menos, 1 (uma) das entidades partícipes do procedimento.

6.14. O **PARCEIRO PÚBLICO**, por meio da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) ou do Gestor do Termo de Colaboração poderá, a qualquer tempo, exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios, necessários ao monitoramento, avaliação e fiscalização dos ajustes.

6.15 No caso de atuação em rede, por duas ou mais organizações da sociedade civil, será mantida a integral responsabilidade da organização celebrante do Termo de Colaboração, desde que a organização da sociedade civil signatária do Termo de Colaboração possua:

I - mais de cinco anos de inscrição no CNPJ;

II - capacidade técnica e operacional para supervisionar e orientar diretamente a atuação da organização que com ela estiver atuando em rede.

Parágrafo único. A organização da sociedade civil que assinar o Termo de Colaboração deverá celebrar termo de atuação em rede para repasse de recursos às não celebrantes, ficando obrigada a, no ato da respectiva formalização:

I - verificar, nos termos do regulamento, a regularidade jurídica e fiscal da organização executante e não celebrante do Termo de Colaboração, devendo comprovar tal verificação na prestação de contas;

II - comunicar à administração pública em até sessenta dias a assinatura do termo de atuação em rede.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DA GESTÃO DA PARCERIA

7.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** deverá designar por meio de Portaria um servidor efetivo que atuará como Gestor da parceria, que deverá controlar e fiscalizar em tempo hábil e de modo eficaz.

8. CLÁUSULA OITAVA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

8.1. A vigência do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** será de **180 (cento e oitenta) dias ou até a conclusão do chamamento público**, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, nos termos do art. 38 da Lei federal nº 13.019/2014.

8.2. A vigência da parceria poderá ser alterada mediante solicitação da organização da sociedade civil, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada à Secretaria de Estado da Saúde em, no mínimo, trinta dias antes do termo inicialmente previsto.

8.3. A prorrogação de ofício da vigência do Termo de Colaboração deve ser feita pela administração pública quando ela der causa a atraso na liberação de recursos financeiros, limitada ao exato período do atraso verificado.

8.4. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, com fito de assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e a ampla defesa.

9. CLÁUSULA NONA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

9.1. Para executar o **custeio mensal estimado** deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** especificado no Anexo Técnico e no Plano de Trabalho, o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** a importância mensal estimada de R$ 3.048.696,50 (três milhões, quarenta e oito mil, seiscentos e noventa e seis reais e cinquenta centavos), perfazendo o valor estimado global de R$ 18.292.179,00 (dezoito milhões, duzentos e noventa e dois mil, cento e setenta e nove reais), para o período de 180 (cento e oitenta) dias.

9.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

9.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 9.18, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

9.4. As despesas deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** correrão por conta dos seguintes dotações orçamentárias:

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES
Função	10	SAÚDE
Subfunção	302	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL
Programa	1043	SAÚDE INTEGRAL
Ação	2516	GESTÃO INDIRETA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL E/OU HOSPITALAR
Grupo de Despesa	03	OUTRAS DESPESAS CORRENTES
Fonte	25000100	RECURSOS NÃO VINCULADOS DE IMPOSTOS - RECEITAS ORDINÁRIAS
Modalidade Aplicação	20	TRANSFERÊNCIAS A INSTITUIÇÕES PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS

002221

9.5. Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programa, ficando o **PARCEIRO PÚBLICO** obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

9.6. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na tabela do item 9.8 poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a qual apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

002222

9.7. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.8. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

9.9. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

9.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em em conta corrente específica isenta de tarifa bancária, em instituição bancária e agência indicada pela Secretaria de Estado da Saúde e, enquanto não empregados na sua finalidade, serão obrigatoriamente aplicados, conforme regulamento específico.

9.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em contas bancárias específicas, vinculadas à natureza do repasse, sendo:

I - 1 (uma) conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao custeio;

II - 1 (uma) conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados às portarias de investimento; e

III - 1 (uma) conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais.

9.12. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

9.13. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

9.14. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.15. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

9.16. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados, colaboradores e dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos;

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos;

e) Qualquer finalidades alheias ao objeto da parceria.

9.17. Ao final do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.18. Do total de recursos financeiros a serem repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** relativos à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, o montante de 3% (três por cento) será depositado diretamente na conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao Fundo de provisão para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, ocasião em que o montante de 97% (noventa e sete por cento) será depositado diretamente na conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao custeio;

9.19. Os recursos destinados ao Fundo de provisão para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, depositados na conta exclusiva que trata o Inciso III, do item 9.1 deste edital, somente poderão ser movimentados mediante dupla autorização junto a instituição financeira que trata o caput deste artigo, sendo 1 (uma) sob a responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, e 1 (uma) sob responsabilidade da SES.

9.20. É proibida a manutenção e a movimentação dos recursos repassados ao **PARCEIRO PRIVADO**, necessários ao cumprimento do Termo de Colaboração em conta distinta das especificadas no item 9.11 deste instrumento.

9.21. É proibida a movimentação de recursos entre as contas exclusivas de que trata o item 9.11, mesmo que a título de "empréstimos" ou, ainda sob qualquer outra motivação.

9.22. Toda a movimentação de recursos no âmbito do Termo de Colaboração celebrado, será realizada mediante transferência eletrônica sujeita à identificação do beneficiário final e à obrigatoriedade de depósito em sua conta bancária.

9.23. Os pagamentos deverão ser realizados mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços.

9.24. É proibida a movimentação de recursos do Termo de Colaboração, entre unidades hospitalares distintas e/ou para a Matriz da entidade ou suas filiais, a título de "empréstimos" ou, ainda sob qualquer outra motivação.

9.25. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta e Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

9.26. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - DO REPASSE DE RECURSOS

10.1. Para execução do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** o valor mensal a ser repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** será de R$ 2.066.154,49 (dois milhões, sessenta e seis mil cento e cinquenta e quatro reais e quarenta e nove centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis contados do recebimento da ORDEM DE SERVIÇO pelo **PARCEIRO PRIVADO** e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

10.1.1 As parcelas serão liberadas mensalmente, exceto nos casos previstos no art. 48 da Lei nº 13.019/2014, quando deverá haver a retenção até o saneamento das impropriedades.

002223

10.1.1.1 Após o prazo de 60 (sessenta) dias estabelecido no item 3.1.31.3, o **PARCEIRO PÚBLICO** deverá realizar os repasses em conta bancária da filial do **PARCEIRO PRIVADO** criada especificamente para execução do ajuste. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** não possua a filial no prazo supramencionado, deverá apresentar JUSTIFICATIVA e submeter ao **PARCEIRO PÚBLICO** para aceite, a fim de evitar atraso nos repasses.

10.1.2. Será de inteira responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP.

10.1.3. A depender do parecer emitido por comissão a ser instituída pela SES, quando o **PARCEIRO PÚBLICO** for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores correspondentes poderão ser cobrados regressivamente do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Termo de Colaboração repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.1.4. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo.

10.1.5. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS RECURSOS HUMANOS

11.1. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** de acordo com o plano de gestão de recursos humanos apresentados em seu Plano de Trabalho, podendo considerar um modelo misto de trabalhadores, composto por servidores públicos do **PARCEIRO PÚBLICO** e por empregados contratados, em regime celetista, mediante processo seletivo. O **PARCEIRO PRIVADO**, para fins de alcançar os objetivos desse ajuste, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

11.2 É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

11.3. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

11.4. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados no Plano de Trabalho apresentado.

11.6. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, relacionados à execução do objeto previsto no Termo de Colaboração, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a inadimplência da organização da sociedade civil em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/2014 e art. 11, IV do Decreto estadual nº 10.356/2021.

11.7. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

11.8. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

11.9. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um Termo de Colaboração, de fomento, cooperação ou contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO**, para a apuração dos limites constantes nos itens 11.7 e 11.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todas essas relações.

11.10. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico V do Plano de Trabalho.

11.11. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

11.12. É vedada a contratação, onerosa ou não, de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 2º (segundo) grau, do Governador, do Vice-Governador, dos Secretários de Estado, dos Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, dos Senadores, dos Deputados Federais e Estaduais, dos Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE-GO e dos Conselheiros do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás – TCM-GO, bem como dos diretores, estatutários ou não, da OSC ou das entidades que mantiverem ajustes de parcerias firmadas com o Estado de Goiás, para quaisquer serviços relativos ao Termo de Colaboração.

11.13. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceria, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

11.14. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

11.15. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

11.16. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

11.17. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

11.18. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

11.19. Na apuração dos limites constantes nos itens 11.7 e 11.8, será considerado o somatório das despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do **PARCEIRO PÚBLICO** cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 10.9.

11.20 Nos ajustes, onerosos ou não, celebrados pelo **PARCEIRO PRIVADO** com terceiros, fica vedado o estabelecimento de acordo de forma direta e indireta com pessoas jurídicas ou instituições das quais façam parte os seus dirigentes ou seus associados.

11.21 Os valores relativos à remuneração da equipe equipe encarregada da execução do plano de trabalho, inclusive de pessoal próprio da organização da sociedade civil, durante a vigência da parceria, compreendendo as despesas com pagamentos de impostos, contribuições sociais, Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS, férias, décimo terceiro salário, salários proporcionais, verbas rescisórias e demais encargos sociais e trabalhistas, deverão

I – estar previstos no plano de trabalho;

II – ser proporcionais ao tempo efetivamente dedicado à parceria; e

III – ser compatíveis com os praticados no mercado, observados:

a) os acordos e as convenções coletivas de trabalho; e

b) a limitação, em seu montante bruto e individual, a quantia não superior ao teto estabelecido pelo inciso XII do art. 92 da Constituição do Estado de Goiás.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS ALTERAÇÕES

12.1. O presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio de celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

12.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

12.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

12.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

12.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos.

12.6. O PLANO DE TRABALHO da parceria, a qualquer tempo, poderá ser revisto para alteração de valores ou de metas, mediante termo aditivo ou por apostila ao plano de trabalho original, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

12.7. Caso a revisão seja realizada através de Termo Aditivo, as alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA DENÚNCIA

13.1. O presente instrumento pode ser denunciado antes do término do prazo inicialmente pactuado, após manifestação expressa, por ofício ou carta remetida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Nesta hipótese, as partes definirão através de Termo de Encerramento as respectivas condições, sanções e delimitações claras de responsabilidades em relação à conclusão ou extinção do trabalho em andamento.

13.1.1. Por ocasião da denúncia, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à entidade ou ao órgão repassador dos recursos, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de Tomada de Contas Especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade responsável pela parceria.

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESCISÃO

14.1. O presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, mediante aviso de intenção no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

14.1.1. **O PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **TERMO DE COLABORAÇÃO** e as disposições legais;

14.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

14.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois semestres não cumprir as metas previstas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

14.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

14.1.5. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

14.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

14.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

15.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

I - o estatuto social e suas alterações;

II – a estrutura organizacional da OSC e da unidade gerida;

III - as competências previstas no Termo de Colaboração;

IV – a legislação aplicável ao regime de parceria celebrado entre a administração pública estadual e a OSC;

V – a estrutura organizacional da OSC com a relação dos cargos e de seus ocupantes;

VI - o(s) endereço(s), o(s) horário(s) para o atendimento ao público, o(s) telefone(s) e o(s) e- mails da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

VII – o Termo de Colaboração e os seus eventuais aditivos;

VIII – o relatório mensal resumido da execução orçamentária e financeira e o consolidado ao final de cada exercício financeiro, com as informações sobre o valor total da parceria, os valores liberados (repassados e transferidos, saldo empenhado, saldo liquidado e saldo pago), e as devoluções de recursos efetuados pela OSC;

IX – os relatórios finais de prestação de contas, com a demonstração da situação da prestação de contas da parceria, que deverá informar a data prevista para a sua apresentação, a data em que foi apresentada, o prazo para a sua análise e o resultado conclusivo;

X – a relação mensal atualizada dos seus empregados, com suas respectivas remunerações, pagas com recursos oriundos do Termo de Colaboração;

XI - a relação mensal atualizada dos membros dos conselhos de administração e fiscal, com suas respectivas ajudas de custo;

XII - a remuneração dos servidores cedidos pela administração pública, atualizada mensalmente;

XIII - a relação mensal e atualizada dos servidores que foram devolvidos ao órgão supervisor;

XIV - a relação mensal dos membros da diretoria e das chefias de seu organograma e da unidade gerida, com suas respectivas remunerações;

XV - as atas das reuniões do conselho de administração relativas ao Termo de Colaboração, desde o início do ato;

XVI - a relação dos membros dos conselhos de administração e fiscal;

XVII - com relação aos serviços de saúde, os horários, os profissionais prestadores de serviços, as especialidades e os locais de atendimento, também, atualizadas mensalmente e publicadas no primeiro dia de cada mês, as escalas de serviços de saúde da unidade gerida;

XVIII - com relação ao Serviço de Informações ao Cidadão – SIC e à Ouvidoria, os endereços e os horários de atendimento ao cidadão, presencial e eletrônico;

XIX - o relatório anual estatístico de pedidos de acesso à informação;

XX - o relatório estatístico de pedidos de acesso à informação da Ouvidor SUS;

XXI - a relação dos bens móveis, com a permissão de uso para as finalidades do Termo de Colaboração, inclusive os adquiridos posteriormente pela OSC;

XXII - a relação dos bens imóveis com a permissão/cessão de uso para as finalidades do Termo de Colaboração, inclusive os adquiridos posteriormente pela OSC;

XXIII - Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

XXIV - Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

XXV - Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parcerias, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

XXVI - os atos convocatórios e os avisos de seleção pública relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

XXVII - os resultados dos processos seletivos, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para as quais estão habilitados;

XXVIII - os planos de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

XXVIII - a relação dos membros da diretoria e das chefias do seu organograma, com o telefone, o e– mail e a remuneração individual;

XXX – as seguintes demonstrações contábeis, conforme a legislação vigente, com a divulgação:

a) anual: balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, mutações do patrimônio líquido, fluxos de caixa, notas explicativas e relatório de auditoria independente (auditoria externa) ; e

b) mensal: livros razão, diários do período, balancetes e os demais demonstrativos contábeis e financeiros exigidos na legislação;

XXXI - os relatórios mensais e anuais atualizados de ações e atividades pactuadas no Termo de Colaboração;

XXXII – o relatório mensal dos repasses ou das transferências de recursos financeiros, que deve conter a comparação dos valores recebidos, gastos e devolvidos ao poder público, com a especificação da competência (mês e ano), da previsão da receita (conforme o Termo de Colaboração e seus aditivos), do repasse financeiro mensal (detalhados o custeio e o investimento), dos gastos (detalhados o custeio e o investimento) e dos valores devolvidos à contratante (detalhados o custeio e o investimento);

XXXIII – os relatórios anuais gerenciais de produção consolidados, emitidos pela diretoria e aprovados pelo conselho de administração, com a necessária comparação mensal de metas previstas e realizadas (quantitativos em termos absolutos) e com os resultados dos indicadores de desempenho, conforme o estabelecido no Termo de Colaboração, bem como nos respectivos termos aditivos;

XXXIV – as perguntas mais recorrentes dos cidadãos, que sejam de interesse social, referem–se às áreas de atuação da OSC e da unidade gerida, bem como sejam pertinentes ao Termo de Colaboração, com as suas respectivas respostas;

XXXV – o relatório, devidamente assinado pela direção e por contador, com o detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública gerida em local;

XXXVI – a relação mensal dos empregados contratados indiretamente que, em substituição a servidores públicos, exerceram as atividades finalísticas das unidades estaduais geridas, com os respectivos salários;

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS PARTES INTEGRANTES DO TERMO DE COLABORAÇÃO

16.1. Integram o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO:**

a) Anexos Técnicos;

b) Plano de Trabalho;

c) Programa de Integridade ou Compliance;

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis; e

e) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis.

17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

17.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a inadimplência da organização da sociedade civil, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/2014.

17.2 O **PARCEIRO PRIVADO** deve comunicar imediatamente à SES e à PGE as demandas judiciais em que figurar como parte, com o encaminhamento a este último órgão das informações, dos dados e dos documentos requisitados para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal de quem deixar de fazê-lo.

002229

18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DAS SANÇÕES

18.1. A Administração Estadual poderá impor à entidade, pela execução da parceria em desacordo total ou parcial com o Edital e seus anexos, com o Termo de Colaboração e seus anexos, com as normas da Lei federal nº 13.019/2014 e do Decreto estadual 10.356/2023, as seguintes sanções, garantida a prévia defesa:

002230

a] advertência;

b) suspensão temporária de participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora, por prazo não superior a dois anos;

c) declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a organização da sociedade civil ressarcir a administração pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso II.

18.1.1. os dirigentes das entidades responderão, individual e solidariamente, pelos danos ou pelos prejuízos decorrentes de sua ação ou sua omissão, sem prejuízo das sanções previstas no Termo de Colaboração.

18.2. As sanções estabelecidas nas alíneas "b" e "c" são de competência exclusiva do Secretário de Estado da Saúde, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de dez dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após dois anos de aplicação da penalidade.

18.3. Fica o **PARCEIRO PRIVADO** e seus representantes legais sujeitos às sanções previstas na Lei estadual nº 18.672/2014, quando praticarem os atos lesivos previstos no art. 5º da referida norma.

18.4. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

18.5. As irregularidades cometidas pela entidade ao longo da execução da parceria serão preliminarmente apuradas pela área técnica responsável pela gestão e/ou fiscalização da parceria, que notificará a parceira privada para que, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados do recebimento do aviso, apresente justificativas ou providencie a regularização.

18.5.1. Providenciada a regularização ou acatada a justificativa, a área técnica competente emitirá despacho fundamentado, indicando os motivos de fato e de direito que levaram ao seu acolhimento, encaminhando-o ao Titular da Pasta para conhecimento e decisão.

18.5.2. Não havendo a regularização e/ou rejeitada a justificativa, havendo indícios suficientes de materialidade capazes de ensejar a aplicação de penalidade, nos termos estabelecidos no Termo de Colaboração, e demais normas pertinentes, a área técnica competente emitirá relatório sucinto descrevendo os fatos e as condutas irregulares eventualmente praticadas pela parceira privada e submeterá ao Titular da Pasta para instauração do Processo de Responsabilização por descumprimento contratual, em autos apartados do principal, mediante portaria.

18.6. Instaurado o Processo de Responsabilização por descumprimento contratual, a Comissão Processante instruirá o processo oportunizando o contraditório e a ampla defesa, emitindo, ao final, relatório conclusivo, sugerindo, se for o caso, a aplicação de penalidade, encaminhando-o ao Titular da Pasta para decisão.

18.6.1. As infrações administrativas aos termos estabelecidos no ajuste, e demais normas pertinentes, e que também sejam tipificadas como atos lesivos no art. 5º da Lei estadual nº 18.672/2014, poderão ser apuradas e julgadas de forma concomitante e nos mesmos autos do Processo de Responsabilização.

19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

19.1. A prestação de contas deverá ser feita observando-se as regras previstas nesta Lei nº 13.019/2014 e no Decreto estadual nº 10.356/2023, além de prazos e normas de elaboração constantes deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** e do Plano de Trabalho.

19.1.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** fornecerá as orientações ao **PARCEIRO PRIVADO** contendo os procedimentos para a prestação de contas.

19.2. O **PARCEIRO PRIVADO** prestará contas da boa e regular aplicação dos recursos recebidos no final de cada exercício e no término da parceria, no prazo de até 90 (noventa) dias.

19.2.1 O prazo poderá ser prorrogado por até 30 (trinta) dias, desde que devidamente justificado, e aceito pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

19.3. O disposto no item 19.2. não impede que o **PARCEIRO PÚBLICO** promova a instauração de tomada de contas especial antes do término da parceria, ante evidências de irregularidades na execução do objeto.

19.4. A prestação de contas deverá conter elementos que permitam ao Gestor do **PARCEIRO PÚBLICO** avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, com a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados, até o período de que trata a prestação de contas.

19.4.1. Serão glosados valores relacionados a metas e resultados descumpridos sem justificativa suficiente.

19.4.2. Os dados financeiros serão analisados com o intuito de estabelecer o nexo de causalidade entre a receita e a despesa realizada, a sua conformidade e o cumprimento das normas pertinentes.

19.5. A análise da prestação de contas deverá observar além de documentos específicos previstos no plano de trabalho, os seguintes relatórios:

19.5.1. relatório de execução do objeto;

19.5.2. relatório de execução financeira.

19.6. O **PARCEIRO PÚBLICO** deverá considerar em sua análise os seguintes relatórios elaborados internamente, quando houver:

19.6.1. relatório de visita técnica *in loco*;

19.6.2. relatório técnico de monitoramento e avaliação, homologado pela comissão de monitoramento e avaliação designada.

19.7. O Gestor do Termo de Colaboração emitirá parecer técnico de análise de prestação de contas da parceria.

19.7.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar prestação de contas parciais ao fim de cada exercício, para fins de monitoramento do cumprimento das metas do objeto.

19.8. Os pareceres técnicos deverão, obrigatoriamente, mencionar:

19.8.1. os resultados já alcançados e seus benefícios;

19.8.2. os impactos econômicos ou sociais;

19.8.3. o grau de satisfação do público-alvo;

19.8.4. a possibilidade de sustentabilidade das ações após a conclusão do objeto pactuado.

19.9. Constatada irregularidade ou omissão na prestação de contas, será concedido prazo de até 45 quarenta e cinco) dias para a organização da sociedade civil sanar a irregularidade ou cumprir a obrigação, prorrogável justificadamente, no máximo, por igual período.

19.10. O **PARCEIRO PÚBLICO** apreciará a prestação de contas, no prazo de até 150 (cento e cinquenta) dias, contada da data de recebimento ou do cumprimento de diligência por ele determinado, prorrogável justificadamente por igual período.

19.11. O parecer técnico conclusivo do gestor, decorrente da prestação de contas apresentada ao término da vigência da parceria, deverá, ainda, incluir manifestação sobre a avaliação das contas, de acordo com os parâmetros do art. 72 da Lei nº 13.019, de 2014.

19.12. Em face do parecer a que se refere o item 19.8, a comissão de monitoramento e avaliação proporá à autoridade competente para assinatura do respectivo instrumento de parceria a avaliação da prestação de contas da organização da sociedade civil quanto à regularidade, com ou sem ressalvas, ou a rejeição, conforme item 19.14 e, na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

002231

19.13. Em caso de atuação em rede, a prestação de contas abrangerá a comprovação da verificação do cumprimento, pela organização executante não celebrante, do **disposto no art. 35-A** da Lei nº 13.019, de 2014, observado, quanto às regularidades fiscal e tributária, o **disposto no § 5º do art. 5º** do Decreto nº 10.356/2023.

19.14. As prestações de contas serão avaliadas:

19.14.1. regulares, quando expressarem, de forma clara e objetiva, o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

19.14.2. regulares com ressalva, quando evidenciarem impropriedade ou qualquer outra falta de natureza formal que não resulte em dano ao erário;

19.14.3. irregulares, quando comprovada qualquer das seguintes circunstâncias:

a) omissão no dever de prestar contas;

b) descumprimento injustificado dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

c) dano ao erário decorrente de ato de gestão ilegítimo ou antieconômico;

d) desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

20. CLÁUSULA VIGÉSIMA - DA CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO

20.1 As controvérsias eventualmente surgidas quanto à formalização, execução ou encerramento do ajuste decorrentes desta Dispensa de Chamamento Público, serão submetidas à tentativa de conciliação ou mediação no âmbito da Câmara de Conciliação, Mediação e Arbitragem da Administração Estadual (CCMA), na forma da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 e da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DO FORO

21.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia/GO para dirimir qualquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DA PUBLICAÇÃO

22.1. A publicação do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** no Diário Oficial do Estado e Diário Oficial da União, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua assinatura, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

22.2. A publicação do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** se dará ainda no sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde.

23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DOS CASOS OMISSOS

23.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO I AO VI TERMO DE COLABORAÇÃO

ANEXO I AO TERMO DE COLABORAÇÃO

1. DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

1.1 A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

1.2 O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

1.3 Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do ajuste.

1.3.1 O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

ANEXO II AO TERMO DE COLABORAÇÃO

1. DOCUMENTAÇÃO MÍNIMA NECESSÁRIA À PRESTAÇÃO DE CONTAS

1.1. ofício de encaminhamento da prestação de contas anual pela diretoria;

1.2. ato de constituição da organização da sociedade civil - Estatuto Social vigente;

1.3. indicação do rol de responsáveis pela organização da sociedade civil no período a que se refere a prestação de contas contendo nome, CPF, endereço pessoal, atribuições e respectivos períodos de atuação, como se segue:

1.3.1. dirigente máximo;

1.3.2. membros da diretoria.

1.4. atas das reuniões ordinárias e extraordinárias diretoria;

1.5. regulamentos para contratação de obras, serviços e compras, bem como de admissão de pessoal aprovados pela Controladoria Geral do Estado;

1.6. plano de cargos, salários e benefícios dos empregados atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto a compatibilidade dos valores com os praticados no mercado;

1.7. folhas mensais de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do termo de colaboração durante o exercício, indicando no mínimo a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores, em formatos sintéticos e analíticos;

002238

1.8. relação dos servidores/funcionários públicos cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

1.9. inventário físico e dos bens (móveis e imóveis) com permissão de uso para as finalidades do termo de colaboração incluindo os adquiridos posteriormente pela entidade, utilizando-se de recursos públicos, em formato sintético e analítico;

1.10. relatório financeiro dos recursos repassados pelo Poder Público, dos rendimentos auferidos e suas destinações, elaborado pela organização da sociedade civil;

1.11. extrato bancário mensal da conta específica (corrente e aplicação), aberta em instituição financeira oficial, para movimentação financeira dos recursos do termo de colaboração acompanhado da respectiva conciliação bancária;

1.12. notas fiscais/faturas e demais documentos que comprovem as despesas efetuadas, revestidos das formalidades legais, com a certificação do responsável pelo recebimento das mercadorias ou serviços prestados, contendo expressa menção no corpo dos documentos fiscais originais ao número do termo de colaboração e aditivos, se houver;

1.13. relação e cópia dos contratos e respectivos aditamentos firmados pela entidade com terceiros contendo: nome do contratado, CNPJ/CPF, objeto, vigência, valor e data de assinatura;

1.14. relatórios de custos, analíticos e sintéticos, apresentados também em formato de planilhas e a descrição do sistema de custeio adotado;

1.15. relatórios gerenciais e de atividades desenvolvidas no gerenciamento da entidade objeto do termo de colaboração, elaborados e aprovados pela diretoria, contemplando ainda:

1.15.1. indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas;

1.15.2. a execução dos programas de trabalho propostos pela organização da sociedade civil, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas;

1.15.3. indicadores de gestão que permitam aferir a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade da atuação da entidade, levando-se em conta os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição;

1.15.4. as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas.

1.16. demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

1.17. parecer conclusivo da diretoria da organização da sociedade civil sobre as contas e demonstrações contábeis e financeiras;

1.18. relatório de auditoria externa sobre as Demonstrações Contábeis, no sentido de verificar se estas refletem adequadamente a posição patrimonial e financeira, o resultado das operações, as mutações do patrimônio líquido e os fluxos de caixa da contratada examinada, bem como em relação à evolução do passivo trabalhista e/ou previdenciário e o seu impacto nas contas auditadas;

1.19. certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação das demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe foram desfavoráveis e os valores das respectivas condenações.

ANEXO III AO TERMO DE COLABORAÇÃO

1. DOCUMENTOS A SEREM DISPONIBILIZADOS EM SÍTIO NA REDE MUNDIAL DE COMPUTADORES PELO PARCEIRO PÚBLICO

1.1. Estudos técnicos previamente realizados, que comprovem a vantajosidade da adoção do referido modelo em relação à prestação direta do serviço pelo Estado, mediante demonstração objetiva de que o vínculo de parceria atende aos objetivos de eficiência econômica, administrativa e de resultados;

1.2. Decisão fundamentada do Chefe do Poder Executivo, nos termos do item 1.1.1. do ANEXO IV deste termo;

1.3. Edital de Chamamento, acompanhado das propostas, julgamento e homologação;

1.4. Termo de Colaboração e seus eventuais aditivos;

1.5. Orçamento da organização da sociedade civil individualizado por cada termo de colaboração;

1.6. Regulamento de contratação de bens, serviços e pessoal das organizações da sociedade civil contratadas;

1.7. Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados da entidade, bem como remuneração paga aos membros de sua diretoria;

1.8. Execução orçamentária mensal e acumulada no ano;

1.9. Demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

1.10. Relatórios gerenciais emitidos pela diretoria da organização da sociedade civil;

1.11. Relatórios emitidos pela comissão de monitoramento e avaliação de que trata a Lei nº 13.019/2014;

1.12. Link da página para acesso às informações da transparência no sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) da organização da sociedade civil parceira;

1.13. Resultados de Inspeções e Auditorias concluídas;

1.14. Remuneração dos servidores cedidos à Organização da Sociedade Civil.

ANEXO IV AO TERMO DE COLABORAÇÃO

1. DOCUMENTOS A SEREM MANTIDOS PELOS ÓRGÃOS E ENTIDADES SUPERVISORAS

1.1 Da Seleção da Organização da Sociedade Civil

1.1.1. Cópia do processo administrativo de seleção (chamamento público) e celebração do termo de colaboração, acompanhado de decisão fundamentada do Chefe do Executivo, que se dará na fase interna da seleção, que evidencie de forma objetiva, por unidade administrativa, ou conjunto delas, a vantagem econômica, administrativa e de resultados com a celebração do termo de colaboração em detrimento da realização direta do seu objeto, devendo constar, no mínimo:

a) metodologia e critérios de seleção das unidades administrativas a serem transferidas;

002235

b) fundamentação quanto à escolha das atividades a serem executadas;

c) estimativa dos gastos de custeio, incluindo recursos humanos, e, se houver, de investimento, acompanhada das memórias detalhadas de cálculo e da metodologia utilizada;

d) dados e indicadores dos últimos 3 anos, no mínimo, relativos à prestação do serviço a ser transferido para organizações da sociedade civil, para fins de comparação com a expectativa de ganhos de eficiência econômica e técnica por parte do Estado de Goiás;

e) metas e indicadores estabelecidos, acompanhados dos critérios utilizados e da metodologia de cálculo aplicada para sua definição.

1.2. Da Excepcionalidade do Chamamento Público nas hipóteses expressamente previstas na Lei nº 13019/2014

a) no caso de urgência decorrente de paralisação ou iminência de paralisação de atividades de relevante interesse público, pelo prazo de até cento e oitenta dias;

b) nos casos de guerra, calamidade pública, grave perturbação da ordem pública ou ameaça à paz social;

c) quando se tratar da realização de programa de proteção a pessoas ameaçadas ou em situação que possa comprometer a sua segurança;

d) no caso de atividades voltadas ou vinculadas a serviços de saúde, desde que executadas por organizações da sociedade civil previamente credenciadas pelo órgão gestor da respectiva política.

1.3. Dos Aditivos do Termo de Colaboração

1.3.1. Documentação necessária para justificar as alterações realizadas com as razões de fato e de direito que demonstrem o motivo dessas necessidades não terem sido identificadas no momento da seleção e contratação bem como a comprovação da manutenção da natureza do objeto do contrato.

1.3.2. Memória de cálculo contendo quantidades e custos detalhados e cronograma atualizado, quando caláveis;

1.3.3. Demonstrativo das metas e indicadores estabelecidos acompanhados dos critérios utilizados e da metodologia de cálculo aplicada para sua definição;

1.3.4. Publicação resumida (extrato) do termo no Diário Oficial;

1.3.5. Nota(s) de Empenho vinculada(s) ao termo. Das Metas e dos Indicadores de Desempenho do Termo de Colaboração

1.3.6. Ficha técnica de cada indicador contendo, no mínimo:

a) medida: grandeza qualitativa ou quantitativa que permite classificar as características, resultados e consequências dos produtos, processos ou sistemas;

b) fórmula: padrão matemático que expressa a forma de realização do cálculo;

c) padrão de comparação: índice arbitrário e aceitável para uma avaliação comparativa de padrão de cumprimento; e

d) meta: índice (número) orientado por um indicador em relação a um padrão de comparação a ser alcançado durante certo período.

1.3.7. Relatórios gerenciais e de atividades identificando:

a) as ações executadas pelo contratado;

b) a etapa de execução de cada atividade em relação a previsão, identificando seu percentual;

c) a representação percentual do cumprimento global das metas;

d) a mensuração dos indicadores de desempenho formulados para cada meta pactuada. Da Execução do Termo de Colaboração e Respectiva Prestação de Contas Anual.

1.3.8. Cópia dos termos de colaboração, termos aditivos e respectivas notas de empenho.

1.3.9. Relatórios emitidos pela Parceira pertinentes à execução do termo de colaboração devidamente aprovados pela Diretoria da organização da sociedade civil, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, a qual deverá conter, no mínimo, a seguinte documentação:

a) ofício de encaminhamento da prestação de contas anual pela Diretoria;

b) ato de constituição da organização da sociedade civil - Estatuto Social vigente;

c) indicação do rol de responsáveis pela organização da sociedade civil no período a que se refere a prestação de contas contendo nome, CPF, endereço pessoal, atribuições e respectivos períodos de atuação, como se segue:

c.1) dirigente máximo;

c.2) membros da diretoria.

d) atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da diretoria da organização da sociedade civil;

e) regulamentos para contratação de obras, serviços e compras, bem como de admissão de pessoal aprovados pela Controladoria Geral do Estado;

f) plano de cargos, salários e benefícios dos empregados atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto a compatibilidade dos valores com os praticados no mercado;

g) folhas mensais de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do termo de colaboração durante o exercício, indicando no mínimo a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores, em formatos sintéticos e analíticos;

h) relação dos servidores/funcionários públicos cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

i) inventário físico e dos bens (móveis e imóveis) com permissão de uso para as finalidades do termo de colaboração incluindo os adquiridos posteriormente pela organização da sociedade civil, utilizando-se de recursos públicos, em formato sintético e analítico;

j) relatório financeiro dos recursos repassados pelo Poder Público, dos rendimentos auferidos e suas destinações, elaborado pela parceira;

k) extrato bancário mensal da conta específica (corrente e aplicação), aberta em instituição financeira oficial, para movimentação financeira dos recursos do termo de colaboração acompanhado da respectiva conciliação bancária;

l) notas fiscais/faturas e demais documentos que comprovem as despesas efetuadas, revestidos das formalidades legais, com a certificação do responsável pelo recebimento das mercadorias ou serviços prestados, contendo expressa menção no corpo dos documentos fiscais originais ao número do termo de colaboração e aditivos, se houver;

m) relação e cópia dos contratos e respectivos aditamentos firmados pela organização da sociedade civil com terceiros contendo: nome do contratado, CNPJ/CPF, objeto, vigência, valor e data de assinatura;

n) relatórios de custos, analíticos e sintéticos, apresentados também em formato de planilhas e a descrição do sistema de custeio adotado;

o) relatórios gerenciais e de atividades desenvolvidas no gerenciamento da entidade objeto do termo de colaboração, elaborados e aprovados pela diretoria, contemplando ainda:

o.1) indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas;

002237

o.2) a execução dos programas de trabalho propostos pela organização da sociedade civil, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas;

o.3) indicadores de gestão que permitam aferir a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade da atuação da entidade, levando-se em conta os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição;

o.4) as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas.

p) demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

q) parecer conclusivo da Diretoria da organização da sociedade civil sobre as contas e demonstrações contábeis e financeiras;

r) relatório de auditoria externa sobre as Demonstrações Contábeis, no sentido de verificar se estas refletem adequadamente a posição patrimonial e financeira, o resultado das operações, as mutações do patrimônio líquido e os fluxos de caixa da contratada examinada, bem como em relação à evolução do passivo trabalhista e/ou previdenciário e o seu impacto nas contas auditadas;

s) certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação das demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe foram desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

1.3.10. Relatórios emitidos pela comissão de monitoramento e avaliação de que tratam o art. 66 da Lei nº 13.019/2014, contendo inclusive demonstração da economicidade auferida pela Administração durante o período em análise.

1.3.11. Parecer conclusivo, emitido pelo responsável pelo órgão ou entidade supervisora, com descrição da análise efetuada sobre as contas (regular, regular com ressalvas ou irregular, utilizando os parâmetros estabelecidos nos artigos 72 a 74 da Lei nº 10.168/2007), atestando a regularidade da aplicação dos recursos públicos repassados à organização da sociedade civil no decorrer do exercício, evidenciando, dentre outras informações:

identificação da entidade parceira com as seguintes informações:

razão social;

CNPJ;

natureza jurídica;

área de atuação;

sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet);

declaração que recebeu a prestação de contas pela organização da sociedade civil assinada por seu dirigente máximo contendo a data da apresentação e o período de referência;

objeto e vigência do termo de colaboração;

comparativo entre os valores pactuados mensais e os efetivamente repassados durante o exercício com as justificativas de eventuais diferenças;

comparativo entre os valores efetivamente repassados nos últimos três exercício, quando houver;

comparativo do gasto anual com pessoal em relação aos gastos dos últimos dois exercícios, quando houver, identificando separadamente as despesas com contratados e cedidos e respectivos encargos;

demonstração da vantajosidade efetivamente obtida com a descentralização da prestação do serviço público, a qual deverá abranger a economia financeira e ganhos de eficiência técnica, de forma a evidenciar a relação custo-benefício e fazendo, ainda, referência às metas e indicadores estabelecidos;

comparativo das metas previstas e realizadas, contemplando:

indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas;

a execução dos programas de trabalho proposto pela organização da sociedade civil, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas;

indicadores de gestão que permitam aferir a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade da atuação da entidade, levando-se em conta os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição;

as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas.

irregularidades detectadas na execução do termo de colaboração e eventuais sanções aplicadas;

informações acerca da abertura de tomada de contas especial durante o exercício;

informações sobre a publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do termo de colaboração, contendo a data de publicação;

endereço da página do sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet) onde se encontram divulgados os relatórios emitidos pela comissão de monitoramento e avaliação;

cumprimento das determinações expedidas pelo TCE-GO e pela Controladoria Geral do Estado, se houver.

ANEXO V AO TERMO DE COLABORAÇÃO - TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO e o Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – IMED com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviço de saúde na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse.

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.564/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº M-6 233.587/SSP-MG, inscrito no CPF nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

002239

PERMISSIONÁRIO:

IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 8.150, de 23/04/2014, inscrito no CNPJ nº 10.324.171/0001-02, com endereço na Rua

002240

Itapeva, nº 202, Conjunto 34, Bela Vista, São Paulo - SP, neste momento representado por ANDRÉ FONSECA LEME, brasileiro, advogado, portador da CI/RG nº 20.737-340 SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 275.226.198-58, residente e domiciliado em São Paulo - SP, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando a legislação pertinente, e tendo em vista o disposto no Termo de Colaboração nº 94/2024-SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – IMED, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de no mínimo 12 horas diárias, por um período de 180 (cento e oitenta) dias, na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202400010044191, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do termo de colaboração e antes do início da gestão na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse, pela entidade.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Termo de Colaboração nº 94/2024-SES/GO.

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, localizado à Avenida Juscelino K. de Oliveira, Setor Buenos Aires, Posse- Goiás - CEP 73.900-000, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE**.

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob qualquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantido a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a formalização do Termo de Colaboração nº ____/2024-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Termo de Colaboração nº 94/2024-SES/GO.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

4. CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente instrumento vigorará enquanto viger o Termo de Colaboração nº 94/2024-SES/GO.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste instrumento.

5. CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Termo de Colaboração, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

002241

6. CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

8. CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra a rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

9. CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei federal nº 13.019/2014, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo de Colaboração nº 94/2024-SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Pública e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de qualquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, para que surtam os efeitos legais.

ANEXO VI AO TERMO DE COLABORAÇÃO - TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO e o Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – IMED com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse.

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.994/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, RASIVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº M-6 233.587/SSP-MG, inscrito no CPF nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE**.

PERMISSIONÁRIO:

IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 8.150, de 23/04/2014, inscrito no CNPJ nº 19.324.171/0001-02, com endereço na Rua Itapeva, nº 202, Conjunto 34, Bela Vista, São Paulo - SP, neste momento representado por ANDRÉ FONSECA LEME, brasileiro, advogado, portador da CI/RG nº 20.737-340 SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 275.226.188-58, residente e domiciliado em São Paulo - SP, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando a legislação pertinente, e tendo em vista o disposto no Termo de Colaboração nº 94/2024-SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – IMED, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de no mínimo 12 horas diárias, por um período de 180 (cento e oitenta) dias, na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202400010044191, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel onde funciona a Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Termo de Colaboração nº 94/2024-SES/GO.

002243

002244

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde - SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a publicação do Termo de Colaboração nº 94/2024-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Termo de Colaboração nº 94/2024-SES/GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada à apresentação do projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

4. CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente instrumento vigorará enquanto viger o Termo de colaboração nº 94/2024-SES/GO.

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

5. CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

6. CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente instrumento tem fundamento na Lei federal nº nº 13.019/2014, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Termo de Colaboração nº 94/2024-SES/GO.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

8. CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia - GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente instrumento, para que surtam os efeitos legais.

ANEXO Nº I AO V/2024 - SES - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE II – POSSE

002245

Este anexo constitui parte integrante do presente Ajuste e acrescenta cláusulas específicas para Termos de Colaboração celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Termo de Colaboração e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em três segmentos: (I) Especificações Técnicas, que normatizam a execução da parceria na área da saúde; (II) Metas de Produção, que definem as premissas técnicas de execução e estabelecem metas quantitativas; (III) Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

002246

I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE II- POSSE

Endereço: Avenida Juscelino K. de Oliveira, Setor Buenos Aires, Posse- Goiás - CEP 73.900-000

Tipo de Unidade: Policlínica

Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: de segunda a sexta-feira, 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, sendo os usuários devidamente referenciados pela Regulação Estadual. Salienta-se que, em caso de realização de terapia renal substitutiva, o funcionamento poderá se dar também em outros turnos e/ou dias da semana, de acordo com autorização da SES-GO.

INTRODUÇÃO

A avaliação das necessidades em saúde envolve métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos para a descrição dos problemas de saúde de uma população e permite não apenas a otimização dos recursos disponíveis ou a serem desenvolvidos, mas, principalmente, a identificação de iniquidades de acesso e a definição de prioridades para alocação de recursos (WRIGHT, J. et al., 1998).

2. JUSTIFICATIVA

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis e seus impactos na qualidade de vida e nos gastos com saúde tem preocupado os gestores em saúde pública. Nesse sentido, é necessário realizar a mudança no modelo de atenção à saúde para as condições crônicas no Sistema Único de Saúde – SUS e, ainda, qualificar os profissionais de saúde a adotarem práticas de cuidado contínuo e compartilhado entre os profissionais especializados e equipes da atenção primária, com ênfase em mudança de hábitos que afetem a saúde e a qualidade de vida da população.

De acordo com o perfil epidemiológico, os serviços de saúde devem ser organizados em redes de atenção à saúde, onde a Atenção Ambulatorial Especializada – AAE fará o enfrentamento de condições crônicas não agudizadas, que foram estratificados pelas equipes de saúde da família nas linhas de cuidado prioritárias, definida pela SPAIS/SES-GO, que justificam a oferta de serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde.

OBJETIVO

Elaborar o planejamento e a programação das ações e serviços de saúde regidos pela lógica das necessidades de saúde da população e da organização de redes de atenção à saúde;

Contribuir para o desenvolvimento de um modelo de gestão eficiente e um modelo de atenção à saúde integral e resolutiva;

Organizar os serviços especializados (consultas, exames e terapias complementares) de acordo com as linhas de cuidado prioritárias estabelecidas pela SPAIS/SES-GO.

Referência da Policlínica Estadual da Região Nordeste II – Posse: Macrorregião Nordeste de Goiás. A área de abrangência é composta por 04 (quatro) regiões de saúde e 31 Municípios: Região de Saúde Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR/GO/2015, o município de Posse possui uma população de 34.914 (trinta e quatro mil, novecentos e quatorze) habitantes, está inserido na Região Nordeste II, que pertence à Macrorregião Nordeste, composta por 1.375.535 (Um milhão, trezentos e setenta e cinco mil, quinhentos trinta e cinco) habitantes.

A Policlínica, na sua concepção, está definida como uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

Nesta concepção, a Policlínica Estadual da Região Nordeste II – Posse é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com médicos de diversas especialidades. Possui todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos.

Visa fornecer diagnóstico precoce e tratamento oportuno, melhorar o prognóstico, reduzem os custos da assistência médica hospitalar, ampliam os serviços ambulatoriais de forma regionalizada, absorvendo os serviços de maior complexidade para os quais as Unidades Básicas de Saúde não estão capacitadas.

Em regra, não possuem "porta aberta", ou seja, recebem os pacientes encaminhados de forma referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde dos Municípios, por meio da Regulação Estadual, com dia e horário agendados.

PREMISSAS ESTRATÉGICAS DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE II – POSSE:

Alta Resolutividade

Sempre que possível, o atendimento na Policlínica deverá ser o mais resolutivo possível, com consultas e exames realizados no mesmo dia. Para tanto, a Policlínica deve observar as seguintes diretrizes:

Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com as linhas de cuidado estabelecidas pelas áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde;

Coleta de exames disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviço de patologia clínica pactuada com agilidade para recolher e processar os exames em tempo oportuno. Os resultados dos exames devem ser disponibilizados para o usuário (em formatos diversos, seja impresso, em CD, pen drive ou outro, facilitando a acessibilidade) e entregues para a SES-GO (via integração) por meio de sistema informatizado;

A Policlínica deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo;

A Policlínica deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível. Diante solicitação do paciente a unidade deverá disponibilizar os resultados de exames de diferentes formas (impresso, CD, pen drive ou outros formatos).

A Forma de Encaminhamento

As solicitações de consultas especializadas e de serviços da Policlínica serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião na qual a policlínica está inserida ou de acordo com a pactuação regional. O agendamento será feito pela Regulação Estadual.

A marcação de consultas e de exames se dará por meio de um sistema informatizado – "online", facilitando o melhor agendamento de dia e horário para o paciente. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

002247

Acompanhamento dos Pacientes

Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (exemplos: sessões, consultas).

No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contra referência, referência, compartilhamento do cuidado e transição do cuidado com retorno do paciente para a rede de Atenção Básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três consultas para resolução definitiva do caso, salvo as situações que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe técnica da SPAIS/SES.

Para a referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado do paciente atendido na Policlínica, deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a Unidade Básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

Perfil do Atendimento da Policlínica

O perfil assistencial da unidade é definido e poderá ser modificado em conjunto com os diferentes gestores de serviços em saúde, desde que haja concordância prévia dos parceiros público e privado.

Vale destacar que para elaboração desse perfil assistencial, serão consideradas as análises do: perfil epidemiológico da região de abrangência da Policlínica; parâmetros de necessidades previstas na Portaria de Consolidação nº. 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Título IV – Do Planejamento, bem como outros estudos técnicos pertinentes relacionados às demandas reprimidas em consultas e exames nos municípios de abrangência que compõem a Macrorregião.

Integração dos Profissionais da Policlínica com a Atenção Primária

Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidades da Estratégia da Saúde da Família - UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões desses profissionais. A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina e videoconferências, desde que padronizadas e regulamentadas pela SES-GO ou por legislação federal, além de reuniões técnicas presenciais para o matriciamento das equipes de Atenção Primária, quando necessário.

O compartilhamento do cuidado do paciente entre a Policlínica e a Atenção Primária pode ser compreendido como uma estratégia para a redução da fragmentação do cuidado a partir das conexões existentes dentro de uma rede de saúde. Também, possibilita às equipes integrar os diferentes saberes e transcender a assistência para além das doenças.

Caracterização da Policlínica Estadual da Região Nordeste II

A Unidade está localizada na Avenida Juscelino K de Oliveira, setor Buenos Aires, Posse - Goiás. Funcionará de segunda a sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, e integrará a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em apoio diagnóstico e orientação terapêutica.

Em caso de pactuação para a realização de hemodiálise ou atendimento dialítico, o horário de funcionamento poderá ser expandido em turnos e/ou dias da semana, de acordo com necessidade da região e autorização da SES-GO.

A Policlínica Estadual da Região Nordeste II – Posse possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Atualmente, dispõe de recepções, salas de espera, 26 consultórios, 16 salas para exames, posto de coleta do laboratório, farmácia, posto de enfermagem, central de esterilização de material, além de salas destinadas à administração.

A farmácia deverá dispor minimamente de uma Central de Abastecimento Farmacêutico, uma Farmácia Central para dispensação; e uma Sala de Cuidado Farmacêutico.

A estrutura física poderá ser aproveitada conforme a demanda de serviços local, bem como as especialidades médicas e multiprofissionais a serem definidas. Ademais, a possibilidade de inclusão de serviços poderá exigir a adequação dos dias e horários de funcionamento da unidade.

A definição do modelo assistencial e dos sistemas de referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado que a Policlínica adotará é de responsabilidade e de competência das equipes técnicas da SES-GO, tomando como base o atendimento exclusivo SUS, assim como os indicadores de desempenho assistencial.

Os serviços devem observar as Políticas Nacional e Estadual de Referência de Média Complexidade, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde – MS e pela SES/GO e tem como objetivo principal o apoio às necessidades da Atenção Primária.

A Policlínica é um Ponto de Atenção das Linhas de Cuidado de Alta Resolubilidade. O Serviço deve ser estruturado como ponto de atenção nas linhas de cuidado definidas de acordo com as prioridades regionais.

As Linhas de Cuidado devem abranger a definição de ações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, itinerários, parâmetros de atenção e recursos necessários a sua estruturação. A implantação da linha de cuidado em determinado sistema deve ter como base a relevância epidemiológica de riscos e agravos e a prioridade de atenção definida por políticas setoriais.

O acolhimento do paciente deve ser efetuado de forma humanizada já na recepção do paciente, incluindo a garantia de agendamentos nos seguimentos dos casos diagnosticados.

DEFINIÇÃO DO PERFIL E DOS SERVIÇOS

Recursos Humanos

Gerencial

A unidade deve ter, pelo menos, um gestor que tenha conhecimento técnico- administrativo amplo, que permita uma gestão eficaz e eficiente. Ressalta-se que a unidade deve ter em seu quadro de pessoal todos os Responsáveis Técnicos (RT) exigidos pelas legislações vigentes.

Equipe Assistencial

Equipe Multiprofissional e Equipe Médica Especializada: O objetivo da Policlínica é oferecer qualidade e eficácia na assistência por meio de titulação apropriada do profissional, abordagem integral do processo saúde- doença, tempo médio de consulta adequado, atuação multiprofissional e interdisciplinar, ênfase nas ações educativas e no autocuidado, projeto terapêutico individualizado, estratificação do risco do paciente, considerando o usuário como protagonista do plano de cuidado.

Desta forma, a Policlínica trabalhará tendo como eixo assistencial principal as linhas de cuidados, que têm como conceito estruturante: "o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde, com base em protocolos clínicos".

Com isso, a equipe multiprofissional e equipe médica especializada, que irão compor o quadro clínico da Policlínica, deverão ter abrangência ampla, percorrendo todas as linhas de cuidado estruturantes, bem como permitir uma assistência adequada durante todo ciclo de vida.

As especialidades profissionais poderão sofrer mudanças, tanto do tipo de especialidade ofertada, quanto no quantitativo das mesmas, dependendo da avaliação técnica, que será realizada levando-se em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se ainda que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente, ou sempre que se fizer necessário, e que o **PARCEIRO PRIVADO**, responsável pela administração da unidade, terá 45 dias para realizar a modificação solicitada, a partir da notificação oficial da SES-GO, com relação às especialidades ofertadas. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais propostas pelo Termo de Colaboração, ocorrendo somente uma adequação das especialidades.

002249

A equipe médica e multiprofissional deverá realizar interconsultas no serviço, ou seja, realizar atendimentos dos casos encaminhados pela própria equipe da unidade, devendo atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, integrando seus conhecimentos através de discussões de casos e compartilhando o cuidado do paciente entre todos os componentes da equipe. Esses profissionais deverão ter condutas específicas de suas áreas de atuação, mas com interlocuções de seus conhecimentos, preconizando uma atenção holística, integral e resolutiva.

Os atendimentos realizados pelo Serviço Social deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais da equipe multiprofissional, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde – SES/GO.

Os serviços/equipes que requerem profissionais de especialidades específicos e/ou exclusivos, para fins de habilitação junto ao Ministério da Saúde, devem estar inclusos no quadro de recursos humanos fixo da unidade.

Proposta de Serviços

Para a Policlínica Estadual da Região Nordeste II – Posse, serão consideradas as seguintes linhas de serviços: Atendimento Ambulatorial (primeira consulta, interconsulta, consultas subsequentes (retornos), processos terapêuticos realizados por equipe multiprofissional).

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS – Unidades Básicas de Saúde para atendimento a uma determinada especialidade médica e/ou acompanhamento com equipe multiprofissional.

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

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde, quanto às subsequentes das interconsultas.

Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média duração, tais como sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., a partir do 2º atendimento deverão ser registrados como processos terapêuticos realizados (sessões) com a equipe multiprofissional.

Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais

São procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requerem internações hospitalares. São realizados com anestesia local ou troncular, em consultório ou sala específica de procedimentos, sem a presença do médico anestesista e dispensam cuidados especiais no pós-operatório. Exemplo de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais: ressecção de lesões cutâneas, ressecção de tumores de pele, correção de pequenas cicatrizes, eletrocoagulação de verrugas, pterígio, vasectomia, biópsia de lesões, exérese de lipoma, dentre outras.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT contemplará os pacientes atendidos na Policlínica e também será disponibilizado para a Rede de Saúde, ou seja, atenderá pacientes que foram atendidos em outras unidades da rede e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo devidamente referenciados pela Regulação Estadual. Com isto, a unidade visa atender todos os municípios que integram a Macrorregião de abrangência da Policlínica.

SADT mínimo a ser ofertado/realizada na unidade:

Audiometria	Densitometria Óssea	Eletroneuromiografia	Holter	Punção Aspirativa por Agulha Grossa	Tomografia Computadorizada
Biópsias Gerais	Doppler Vascular	Endoscopia	Mamografia	Punção Aspirativa por Agulha Grossa	Ultrassonografia
Cistoscopia	Ecocardiografia	Emissões otoacústica	Mapa	Radiologia	Urodinâmica
Colonoscopia	Eletrocardiografia	Espirometria	Nasofibroscopia	Ressonância Nuclear Magnética	Videolaringoscopia
Colposcopia	Eletroencefalografia	Exames oftalmológicos*	Patologia clínica	Teste Ergométrico	
*Biometria, teste ortóptico, campimetria, mapeamento de retina, biometria ultrassônica, teste do olhinho, fundo de olho dentre outros.					

Destaca-se que todo o escopo de SADT da Policlínica deverá ser disponibilizado durante o atendimento do paciente na Policlínica e deverá ser realizado imediatamente após sua prescrição e/ou assim que possível, levando em consideração que alguns exames necessitam de preparo prévio para sua execução.

Os tipos de exames aqui descritos poderão sofrer mudanças, dependendo da avaliação dos mesmos, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da região de saúde. Pontua-se ainda que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente ou quando se fizer necessário e que o **PARCEIRO PRIVADO**, responsável pela administração da unidade, terá 45 (quarenta e cinco) dias para realizar a modificação solicitada com relação aos exames ofertados. Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de exames não ultrapassará o limite de exames totais propostos no Termo de Colaboração, e ocorrerá somente um ajuste de tipos de exames.

Caso haja necessidade de aquisição de novos equipamentos e/ou novas tecnologias para implantação de exames, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar à SES/GO, no prazo máximo de 01 (um) mês (após a solicitação de inclusão do exame), incluindo as adequações na estrutura física, caso necessário, o cronograma de implantação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento e custeio, a qual será analisada. Caso a solicitação seja somente de equipamento e/ou adequação estrutural, esta será realizada a título de investimento, obedecendo as normas da SES-GO. Contudo, se houver acréscimo no custeio geral do SADT do Termo de Colaboração, este deverá ser homologado através do Termo Aditivo ao termo. Ressalta-se que os projetos devem seguir as portarias e RDCs vigentes e específicas para cada serviço.

SERVIÇOS / PROGRAMAS ESPECIAIS

Práticas Integrativas e Complementares - PIC nas Policlínicas

As PIC são reconhecidas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006, posteriormente alterada para inclusão de novas práticas pela Portaria de Consolidação nº. 2/ GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXV - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e pela Portaria nº. 702/GM/MS, de 21 de março de 2018, sendo atualmente 29 (vinte e nove) práticas ofertadas, como mostra o quadro abaixo:

Práticas Integrativas e Complementares ofertadas no SUS			
Apiterapia	Cromoterapia	Yoga	Quiropraxia
Aromaterapia	Dança Circular	Meditação	Reflexoterapia
Arteterapia	Geoterapia	Musicoterapia	Reiki
Ayurveda	Hipnoterapia	Naturopatia	Shantala
Biodança	Homeopatia	Osteopatia	Terapia Comunitária Integrativa
Bioenergética	Imposição de Mãos	Ozonioterapia	Terapia de Florais
Constelação Familiar	Medicina Antroposófica	Plantas Medicinais/Fitoterapia	Termalismo Social/Crenoterapia
Yoga/Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura			

002251

A Policlínica deverá ofertar, minimamente, dois tipos de PIC (das 19 práticas reconhecidas pelo Ministério da Saúde) na carteira de serviços disponíveis, conforme disponibilizada em https://bvsms.saude.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/praticas-integrativas-e-complementares-pics-1. Ressalta-se que os profissionais da equipe multiprofissional e/ou médica deverão apresentar formação ou especialização específica na área em que forem atuar. As PIC são especialmente indicadas no tratamento complementar e integrativo da dor, das doenças crônicas não transmissíveis e outras condições, assim como, especialmente, na promoção da saúde. Deverão ser lançadas de forma individualizada, como procedimento, nos sistemas da SES-GO.

Para identificação do código do procedimento para registro da realização de PICS na unidade, deve-se consultar a Portaria nº 1988/2018: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57493573/do1-2018-12-31-portaria-n-1-988-de-20-de-dezembro-de-2018-57493196.

Telessaúde

Telessaúde, que foi instituída pela Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, é a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas.

Diante disto, a Policlínica Estadual deverá ofertar dentro do serviço de Telessaúde, a teleconsulta, telemonitoramento dos pacientes crônicos, telematriciamento da equipe da Atenção Primária, teleconsultoria, telediagnósticos e tele-educação, dentre outros serviços que a telessaúde permite. A unidade deve possuir todo aporte tecnológico para a realização desta atividade, bem como ter equipe técnica capacitada para utilização dessa tecnologia.

Ressalta-se que as vagas ofertadas para o serviço de telessaúde inicialmente serão para integração dos Profissionais da Policlínica com a Atenção Primária. O serviço será preferencialmente para apoio Matricial das equipes de atenção Primária, para a referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado do paciente atendido na Policlínica.

As vagas para o serviço de telessaúde serão ofertadas pela Policlínica para todas as equipes de atenção Primária da Macrorregião de abrangência da Policlínica. As vagas serão ofertadas e agendadas pela Unidade conforme escala pré estabelecida entre a equipe Técnica da Regulação Estadual SES e o PARCEIRO PRIVADO e será revista e reorganizada conforme necessidade da demanda. Ressalta-se ainda que o registro do teleatendimento deve ser realizado no prontuário do paciente (no Sistema de Gestão Hospitalar) e compartilhado com a equipe de Atenção Primária.

As consultas realizadas neste serviço serão computadas junto com as consultas médicas e multiprofissionais, a depender do profissional que a realizará.

As consultas de telessaúde serão admitidas para interconsulta e retorno.

Serviço De Assistência Especializada – SAE (GRUPO 12)

SAE é um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids e Hepatites Virais. O objetivo deste serviço é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar, com a finalidade de prestar assistência clínica, terapêutica, farmacêutica e psicossocial, em nível ambulatorial, ficando o paciente a uma equipe multidisciplinar que o acompanhará ao longo de sua doença e realizará as seguintes atividades:

Prestar atendimento médico, de enfermagem, psicológico, social e assistência farmacêutica ao paciente com HIV/Aids e Hepatites Virais;

Adequar ou facilitar o acesso a outras especialidades médicas como oftalmologia, dermatologia, ginecologia/obstetrícia, psiquiatria, proctologia, urologia, neurologia, endoscopia, broncoscopia, odontologia dentre outras;

Realizar coleta de amostras para exames laboratoriais que poderão ser processados em laboratório local ou referenciados ao laboratório de referência;

Dispensar os medicamentos padronizados pelo Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, conforme solicitações médicas, obedecendo os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, à logística de insumos, por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e à otimização de recursos;

Orientar sobre normas de biossegurança os pacientes e seus familiares;

Oferecer aconselhamento sobre IST/HIV/AIDS aos pacientes e seus familiares;

Prestar assistência aos acidentados com exposição ao material biológico, vítimas de violência sexual e exposição pós-sexual;

Constituir em referência para multiplicação de conhecimentos em IST/HIV/AIDS, sobretudo para a rede básica de saúde.

Para fins de habilitação no Ministério da Saúde a unidade deverá manter uma equipe específica para a Equipe Básica SAE (GRUPO 12) com: médico infectologista; farmacêutico; enfermeiro; assistente social; psicólogo; cirurgião – dentista (clínico geral) e técnico de enfermagem.

Compete a Equipe Técnica da Gerência da Assistência Farmacêutica (GERAF/SPAIS/SES) a distribuição dos medicamentos do SAE para as Policlínicas, o assessoramento e a supervisão das ações do Programa de dispensação de medicamentos do SAE executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e disponibilização do acesso ao sistema do Ministério da Saúde para registro das movimentações desses medicamentos.

Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** receber, armazenar e dispensar os medicamentos sob sua responsabilidade conforme legislação sanitária vigente e as Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação de Medicamentos, assim como contratação de mão-de-obra qualificada para realização e forma a garantir a realização da consulta farmacêutica de acordo com os critérios de seleção pré estabelecidos. Ao verificar necessidade de aumento no quantitativo de profissionais para atender a demanda descrita acima, a área técnica da SES informará o Parceiro Privado.

Ressalta-se que haverá Protocolo e Fluxo de atendimento da Farmácia referente à dispensação dos medicamentos do SAE e estes serão atualizados de acordo a necessidade e as normas vigentes. A dispensação dos medicamentos do SAE deverá ser realizado pela unidade (Policlínica) e ser registrado no prontuário eletrônico do paciente.

A Equipe Técnica da Gerência da Assistência Farmacêutica (GERAF/SPAIS/SES) será a responsável por elaborar e organizar o Protocolo e Fluxo de Atendimento referente à dispensação dos medicamentos do SAE e disponibiliza-lo para o **PARCEIRO PRIVADO**.

Ressalta-se que poderão ocorrer mudanças e/ou adequações no Protocolo e Fluxo de atendimento o que será informado para o **PARCEIRO PRIVADO**.

O SAE será implantado gradativamente nas Policlínicas com o apoio, supervisão e orientação das equipes técnicas da SES-GO.

Centro Especializado em Odontologia (CEO II)

Centro Especializado em Odontologia (CEO) é um estabelecimento de saúde, criado através da Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006 e participante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES classificado como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, que tem como objetivos oferecer à população os serviços especializados em odontologia que não podem ser solucionados na Rede de Atenção Primária.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar à SES/GO, no prazo de 01 (um) mês após a assinatura do ajuste, o projeto para implantação dos serviços de Odontologia ou a proposta para continuidade da implantação deste serviço, incluindo as adequações na estrutura física, caso necessário, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento, que será analisada e homologada por meio de investimento. Ressalta-se que os projetos devem seguir as portarias e RDCs vigentes e específicas para cada serviço.

Após aprovação dos projetos pela SES/GO ou após autorizada a continuidade do projeto, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

Em caso de projetos que já se encontrem em andamento, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá dar continuidade ao mesmo, visando a implantação do serviço.

002253

O CEO Tipo II deve possuir **quatro** consultórios odontológicos, ofertando serviço Especializado de Odontologia e realizar, **no mínimo**, as seguintes atividades: Periodontia; Cirurgia Oral Menor dos Tecidos Moles e Duros; Endodontia; Atendimento a Pessoas com Deficiência e Diagnóstico Bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.

Enquanto o serviço não estiver efetivamente implantado, o recurso financeiro específico para essa linha de pactualização não será repassado.

O serviço somente será iniciado após a disponibilização do número necessário de consultórios/cadeiras, assim como do mínimo de especialidades, com anuência da SES-GO.

As condições especiais de saúde poderão ser atendidas no CEO II, desde que haja uma justificativa e/ou indicação clínica para o atendimento especializado.

Clínica de Serviços Dialíticos (Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico, Atenção Especializada em DRC com hemodiálise, Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal)

A insuficiência renal crônica é uma doença progressiva e irreversível dos rins. É causada por uma lesão provocada habitualmente por anos de agressão contínua aos rins, como nos casos de pacientes com Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial ou Glomerulonefrites.

A Terapia de substituição renal ou terapia renal substitutiva (TRS) é um termo usado para abranger os tratamentos para a insuficiência renal. Ela inclui: hemodiálise, diálise peritoneal, hemofiltração e transplante renal.

A TRS a ser implantada na Policlínica deverá contar com atendimento técnico especializado em todas as áreas de saúde e apoio diagnóstico. Além do acesso ao diagnóstico precoce, e ao tratamento conservador, retardando a inserção do indivíduo na TRS, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente Renal Crônico.

Para tal atendimento, o funcionamento deverá ser de segunda a sábado, em turnos terapêuticos de 4 horas respeitando o intervalo mínimo de 1 hora entre as sessões, podendo chegar ao máximo de 3 (três) turnos diários, desde que previamente autorizado pela SES-GO formalmente.

O tratamento se dará por equipe multiprofissional exclusiva composta por: 1 (um) médico nefrologista RT e 1 (um) médico nefrologista plantonista, 1 (um) Enfermeiro RT e 1 (um) enfermeiro para 35 (trinta e cinco) pacientes por turno, 1 (um) técnico de enfermagem para 4 (quatro) pacientes.

A terapia deverá ser complementada por equipe multiprofissional nas especialidades: 1 (um) assistente social, 1 (um) nutricionista, 1 (um) psicólogo e 1 (um) fisioterapeuta. A assistência ofertada será composta por tratamentos por Hemodiálise – HD e Diálise Peritoneal – DP, Tratamento Convencional Pré-Dialítico e Tratamento Não-Dialítico.

Diálise Peritoneal	É uma técnica fisiológica que utiliza a membrana peritoneal (membrana que envolve os órgãos abdominais), atua como um filtro do sangue, removendo excesso de água e toxinas do corpo. Realizada pelo próprio doente ou por um familiar.
Hemodiálise	Opção de tratamento que realiza a filtragem das substâncias do sangue através de uma máquina, ou seja, o procedimento funciona como um rim artificial.
Tratamento Conservador	Consiste em todas as medidas clínicas (remédios, modificações na dieta e estilo de vida) que podem ser utilizadas para retardar a piora da função renal, reduzir os sintomas e prevenir complicações ligadas à doença renal crônica, objetivando o retardo da progressão ou a estabilização da doença.

A Equipe Técnica da SPAIS/SES participará em conjunto com a equipe técnica do **PARCEIRO PRIVADO** para elaborar e organizar o protocolo da Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal) para que a mesma ofereça o melhor serviço de saúde para a população da Região de Saúde.

O serviço de TRS, também deverá fornecer ao usuário renal crônico sob seus cuidados:

Atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade, bem como o matriciamento dos mesmos, nos casos de internação hospitalar;

O aporte nutricional, durante a permanência do usuário na policlínica, mediante avaliação do nutricionista;

Os exames laboratoriais e/ou de imagem, conforme disposto nas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC;

A viabilização dos acessos (fístula arterio venosa, permicath, próteses) necessários à realização da hemodiálise, bem como o implante de cateter para diálise peritonial, de acordo a necessidade do usuário, seguindo o fluxo pré estabelecido pela SES;

O monitoramento do uso dos medicamentos complementares às terapias renais será de responsabilidade do serviço de TRS e equipe multiprofissional.

Cabe à Policlínica a atenção aos pacientes ambulatoriais que estão em estágio de risco de lesões renais leves, moderados e pré dialíticos. Em consonância às legislações vigentes e a linha do Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar 2 (dois) veículos automotores, sendo 1 (um) deles tipo ônibus e 1 (um) tipo VAN. O ônibus deve conter: versão rodoviária, elevador rodoviário (DPM – Dispositivo Móvel de Poltrona), rede wifi disponível, no mínimo 28 (vinte e oito) poltronas e a Van deverá ter no mínimo 15 lugares. Todos os veículos devem ser equipados com ar-condicionado e itens de segurança obrigatórios exigidos pela legislação vigente. Os veículos circularão pelas cidades da macrorregião Nordeste e levarão os pacientes até a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse para as Sessões de Tratamento em Hemodiálise, conforme rota pré-estabelecida em Protocolo disponibilizado pela SES.

Os roteiros dos veículos deverão ser planejados conforme a demanda da região de saúde, e devem seguir as orientações da Equipe Técnica da SES (SPAIS e SUREG, em conjunto), a qual será a responsável por elaborar e organizar o protocolo e rota de utilização dos micro-ônibus/VAN e disponibilizá-los para o **PARCEIRO PRIVADO**.

Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

O serviço de dispensação de medicamentos do CEAF tem como objetivo melhorar o acesso dos usuários do SUS a estes medicamentos e descentralizar o Programa de Dispensação para as Policlínicas que serão implementadas nas macrorregiões de saúde, de acordo com a Portaria GM/MS 1.554, de 30 de julho de 2013 e normatizações vigentes.

Compete ao **CENTRO ESTADUAL DE MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO – Juarez Barbosa** a distribuição dos medicamentos para as Policlínicas, o assessoramento e a supervisão das ações do Programa de dispensação de medicamentos do CEAF executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e disponibilizar o sistema próprio para registro das movimentações dos medicamentos.

Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** receber, armazenar e dispensar os medicamentos sob sua responsabilidade conforme legislação sanitária vigente e as Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação de Medicamentos, assim como contratação de mão-de-obra qualificada para realização do serviço proporcional ao número de processos que serão atendidos na Policlínica e que garanta a realização da consulta farmacêutica. Em caso de aumento da demanda, a mesma será informada previamente pela contratante.

Ressalta-se que haverá Protocolo e Fluxo de atendimento da Farmácia referente à dispensação dos medicamentos do CEAF e estes serão atualizados de acordo a necessidade e as normas vigentes. O agendamento do atendimento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica deverá ser realizado pela unidade (Policlínica), sendo registrado no prontuário do paciente.

A Equipe Técnica da SPAIS/SES será a responsável por elaborar e organizar o Protocolo e Fluxo de Atendimento referente à dispensação dos medicamentos do CEAF, e disponibilizá-lo para o **PARCEIRO PRIVADO**.

002255

Ressalta-se que poderão ocorrer mudanças e/ou adequações no Protocolo e Fluxo de atendimento, o que será informado para o **PARCEIRO PRIVADO** e disponibilizado em sítio eletrônico da SES-GO.

Serão contabilizados como atendimentos mensais o número de pacientes com processo de medicamentos do CEAF atendidos no mês.

Situações de Urgência/Emergência

As Policlínicas Estaduais realizam apenas o atendimento especializado ambulatorial, sendo os atendimentos de urgência e emergência prestados em outros pontos da rede de saúde como as Unidades Básicas e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Porém, os profissionais devem estar preparados para lidar com as eventuais situações de urgência/emergência que ocorram nas Policlínicas. Nestes casos, conforme a gravidade, deve ser acionado o SAMU para suporte e transferência. Todas as medidas de estabilização clínica/hemodinâmica necessária devem ser realizadas até a remoção do paciente. Os profissionais devem registrar no sistema de informação estes atendimentos com o maior detalhamento possível.

Todas as policlínicas devem manter um carrinho de emergência, com elenco de medicamentos e quantitativos definidos pela legislação vigente e protocolos de Suporte de Vida Básico e Avançado, em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), sendo que o controle de estoque deve ser realizado periodicamente em ação conjunta da equipe de farmácia e enfermagem.

Para os casos de pacientes que apresentarem intercorrências durante as sessões de hemodiálise, a equipe da Policlínica de Posse prestará o primeiro atendimento e estabilização do quadro clínico e contará com o apoio do Hospital Estadual de Formosa- HEF como unidade retaguarda para os casos graves, devendo inserir a solicitação de transferência no sistema da Regulação Estadual, com teste COVID e demais exames necessários em anexo à ficha de solicitação, para que seja providenciado pela mesa reguladora da urgência a autorização para o encaminhamento em tempo hábil.

Projetos especiais e novas especialidades de atendimento

Caso, ao longo da vigência do Termo, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se proponham a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Termo de Colaboração.

O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria SES/GO nº. 2.116, de 7 de dezembro de 2021, ou outra norma vigente que venha modificá-la ou substituí-la.

Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade de preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma do repasse.

Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do Termo de Colaboração, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no Anexo I.

O requerimento de investimento com recursos provenientes de emendas parlamentares seguirá o mesmo rito acima especificado.

DA COMUNICAÇÃO

Considerando a necessidade de comunicação da Secretaria de Estado da Saúde com o público externo, e com a imprensa em geral como intermediária dos meios de informação e divulgação; e ainda, internamente, com os públicos afetos à sua atividade de saúde pública, a SES-GO adota um padrão e linguagem uniforme para suas práticas de Comunicação, seja visual, em mídias sociais e outras;

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá, pois, manter contato com a Comunicação Setorial da pasta, com vistas à padronização de comunicados, notas, releases, estratégias, artes para impressos, vídeos em geral, orientações quanto à identidade visual e relacionamento com a imprensa em geral;

Caberá à Comunicação Setorial orientar e validar as informações externas conforme manuais e instruções;

É responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, na execução dos termos, sob orientação da Comunicação Setorial, proceder a ações que zelem pela imagem da instituição SES, cuidando de expressar e se referir às unidades como "rede própria da Secretaria de Estado da Saúde" ou "unidade do Governo de Goiás" em qualquer emissão de mensagem em meio escrito, gravado ou em áudio; bem como inserir as logomarcas SUS, SES, Governo de Goiás, nos documentos e vídeos, obrigatoriamente, seja para divulgação interna ou externa;

O planejamento de comunicação da unidade de saúde e sua assessoria de imprensa local, deve estar sob a supervisão orientativa da Comunicação Setorial da SES para efeito de uniformidade dos materiais produzidos; sendo que a comunicação corporativa não deve ter prioridade sobre a institucional e deve caminhar em acordo com esta última.

As logomarcas dos **PARCEIROS PRIVADOS** podem constar em documentos internos mas, jamais, em fachadas, placas ou letreiros, bem como nos materiais externos, salvo em mídia específica sobre o **PARCEIRO PRIVADO**;

É dever do **PARCEIRO PRIVADO** proceder à revisão sistemática das fachadas, totens e letreiros semelhantes adequando-os à atualização necessária e logomarcas oficiais;

É responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** promover, divulgar e documentar ações de interesse da unidade, junto à imprensa em geral, e outros públicos de interesse, porém compartilhando toda e qualquer mídia produzida/gravada pela unidade, via DVD, juntamente com a prestação de contas, a ser fornecido para efeito de documentação, memória e história;

É dever do **PARCEIRO PRIVADO** proceder à mais eficiente comunicação interna com os pacientes, acompanhantes e familiares lançando mão de técnicas e tecnologias que informem a rotina, alterações, boletins e quaisquer outros enunciados de forma clara e objetiva e a mais acessível que for possível;

As contas das redes sociais quando se referirem às unidades SES são de propriedade do Governo de Goiás e submetidas à orientação da Secom/Comsat, mas administradas para efeito de alimentação e conteúdo pelas assessorias locais do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de acesso cedido, as quais devem manter profissionais aptos a esse tráfego.

CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal;

Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime diário/mensal;

Relatório de Custos, em regime mensal;

002257

Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outro.

O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**;
Em atendimento às determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do **PARCEIRO PÚBLICO**, para garantir o direito constitucional de acesso à informação;
O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter seu estatuto social atualizado, contendo inclusive a informação de quem seja o autorizador de despesa da entidade.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS - GERENCIAMENTO E ATENDIMENTO DA POLICLÍNICA

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

Aderir e alimentar o(s) sistema(s) de informação a ser(em) disponibilizado(s) pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, regulação, controle, avaliação e fiscalização de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros dos procedimentos da Tabela SUS realizados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, garantindo que todos os procedimentos lançados no sistema de gestão hospitalar sejam registrados de forma integral nos sistemas ministeriais;

Os procedimentos da Tabela SUS devem ser registrados e faturados em concordância com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS;

Atualizar, periodicamente ou sempre que necessário, a listagem de profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento, sua respectiva carga horária, instalações físicas, serviços especializados e suas respectivas classificações, leitos e equipamentos, procedendo aos devidos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, garantindo que todos os procedimentos lançados no sistema de gestão hospitalar sejam registrados de forma integral nos sistemas ministeriais;

Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

É vedado às organizações sociais em saúde o uso de qualquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites, eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe forem cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no estabelecimento de saúde, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS: as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no estabelecimento, observando, inclusive as Resoluções e Instruções vigentes do Conselho Federal de Medicina;

Zelar pela integridade, acondicionamento adequado e guarda dos prontuários dos pacientes assistidos no respectivo estabelecimento de saúde, ainda que produzidos fora da sua gestão, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

No caso de troca de gestão da unidade, se responsabilizar pela condução da entrega dos prontuários e documentação referente aos atendimentos do paciente, seja assistencial ou para fins de faturamento, ao substituto que ocupará a sua função e herdará os arquivos, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes as glosas aplicadas ao **PARCEIRO PÚBLICO**, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde referentes a produção hospitalar/ambulatorial (SIA/SIH) e dados referentes ao Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mediante notificação prévia do mesmo;

Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste termo;

Consolidar a imagem do **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE** como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Termo, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente termo, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, nome da mãe, data de nascimento, Registro Civil (RG) e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

Em relação aos direitos dos usuários, o **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a:

Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e responsabilizar-se pelos arquivos, considerando os prazos previstos em lei, inclusive dos prontuários produzidos anteriores a sua gestão;

Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade;

Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste termo;

Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;

Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e nos demais casos previstos em legislações específicas;

Garantir atendimento indiferenciado aos usuários;

Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; Garantir o pleno acesso da Ouvidoria do SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários no prazo máximo de 30 (trinta) dias;

002259

Implantar ou Manter um Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, diretamente ligado à Ouvidoria do SUS da unidade, responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS;

Ouvidoria e SAU são serviços complementares de atendimento ao usuário e seus atendimentos devem ser registrados no sistema oficial de ouvidoria do SUS, conforme a natureza do atendimento, qual seja: manifestação de ouvidoria ou disseminação de informação;

Executar anualmente uma auditoria independente, para que a mesma ateste a confiabilidade da Pesquisa de Satisfação aplicada pela unidade através do Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria. Após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada;

Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei Estadual nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, e em conformidade com a legislação federal e estadual correlata;

Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores do estabelecimento de saúde de forma global e segmentada por vínculo (estatutário, se for o caso, e celetista);

Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, substituição de sistema informatizado (software), nem na estrutura física do **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Termo;

Possuir e manter em pleno funcionamento, um Núcleo Interno de Agendamento – NIA, conforme orientações e diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde.

O NIA deverá possuir Protocolos com definição dos processos de trabalho realizados na unidade;

O NIA deverá estar localizado em áreas de fácil acesso dentro da unidade de saúde e possuir estrutura física mínima de: sala, computadores, impressora, acesso à internet compatível com as necessidades dos sistemas de regulação utilizados e linha telefônica;

Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas, Comitês, Equipes, Núcleos e Serviços:

Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

Comissão de Ética Médica;

Comissão de Ética Multiprofissional;

Comissão de Controle de Infecção Relacionadas a Assistência à Saúde (CCIRAS);

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

Comissão de Farmácia e Terapêutica;

Comissão de Proteção Radiológica;

Comissão de Biossegurança;

Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

Comitê de Compliance;

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).

Quando o "ANEXO II - Ensino e Pesquisa" indicar a existência de Residência Médica e/ou Residência Multiprofissional, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá possuir e manter em pleno funcionamento a Comissão de Residência Médica (COREME) e/ou a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) ; além das estabelecidas no item 9.1.30.

Em se tratando de estabelecimento de saúde novo ou de nova gestão, o **PARCEIRO PRIVADO** terá até 60 (sessenta) dias de início da vigência do Ajuste para constituir as comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se responsabilizar pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória, quando existentes, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

Estabelecer, implementar e disponibilizar "on line" e na plataforma SIGUS da SES-GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 509/ANVISA, de 27 de maio de 2021, e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área;

Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde, bem como, implementar e disponibilizar "on line" e na plataforma SIGUS da SES-GO, o Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 509/ANVISA, de 27 de maio de 2021, NBR 5410, NBR 13534, NBR 15943 e as demais resoluções;

Proporcionar condições de infraestrutura predial e controle de qualidade do ar em ambientes climatizados. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá implantar e manter durante a vigência deste termo, Plano de Manutenção, Operação e Controle Predial – PMOCP e Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC com programação das manutenções preventiva, rotineira e corretiva, de forma a operacionalizar e supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários com profissional que tenha competência legal para garantia de segurança dos sistemas e da edificação conforme especificações contidas na NBR 13971/97, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674 da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e exigências do Ministro de Estado da Saúde e ANVISA, por meio da Portaria nº 3.523/GM/MS, de 28 de agosto de 1998, Resolução-Re nº 09/ANVISA, de 16 de janeiro de 2003 e as demais resoluções;

Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, manter durante a vigência deste termo um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a unidade de saúde conforme a Resolução RDC 509/ANVISA, de 27 de maio de 2021, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

002261

Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade

002262

para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da RDC nº 611/ANVISA, de 09 de março de 2022, bem como a NBR ISO Promover manutenção preventiva para equipamentos e instalações relacionados com infraestrutura como: grupo gerador de emergência, quadro de distribuição de energia, sistema elétrico e luminotécnico, Sistema de Proteção Contra Descarga Atmosférica (SPDA) e aterramento, sistema de ar condicionado, caixas d'água, sistema hidráulico, telefonia, rede lógica, entre outros;

Prover programa de manutenção preventiva para sistemas de proteção e combate a incêndios e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC);

A unidade desenvolverá uma Política de Gestão de Pessoas, assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE. A gestão da Policlínica Estadual da Região Nordeste II- Posse, respeitará a Legislação Ambiental, incluindo a posse de toda a documentação exigida.

O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência do estabelecimento de saúde, conforme o seu perfil, deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, dispõe sobre o estágio de estudantes e alterações;

Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, dispõe sobre o acesso a informações e a aplicação da Lei federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do Estado de Goiás, institui o serviço de informação ao cidadão e dá outras providências;

Norma Regulamentadora MTE nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;

Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde, 2017, ou publicação que venha a substituí-lo;

Nota Técnica n.º 1/2022/SCRS/SES, que trata do Dimensionamento de recursos humanos atuando exclusivamente no Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e regulação estadual;

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), que define critérios e parâmetros de caráter qualitativo, ou programa/publicação que venha a substituí-lo;

PNEPS - Política de Educação Permanente - define critérios e parâmetros para formação e o desenvolvimento de profissionais e trabalhadores do SUS;

Portaria nº 342/SES/GO, de 24 de fevereiro de 2022, que institui o Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), no âmbito da SES/GO, para fins de monitoramento, avaliação e fiscalização dos ajustes firmados com entidades conveniadas e do terceiro setor, e suas alterações posteriores;

Portaria nº 3.418/GM/MS, de 31 de agosto de 2022, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;

Portaria nº 1.619/SES/GO, de 11 de setembro de 2020, que dispõe sobre a Estruturação e Atribuições dos Núcleos Internos de Regulação - NIR das Unidades da Rede Própria e das Unidades Conveniadas/Contratadas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e dá outras providências; e alterações que vierem a ocorrer;

Portaria nº 1.046/SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade;

Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem Portaria nº 204/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2016 (revogada), definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;

Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo VI (Origem Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012-revogada), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; Anexo III (Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE); Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo;

Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; com ênfase nos Anexos XXIV (Política Nacional de Atenção Hospitalar); XXXI (Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade) e XXXII (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica); Anexo XXV - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC);

Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, Título IV - do planejamento;

Portaria nº 702/GM/MS, de 21 de março de 2018 - Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC;

Portaria nº 1.988/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2018 - Atualiza os procedimentos e serviço especializado de Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Procedimentos Medicamentos Órteses Próteses e Materiais Especiais do SUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

Portaria nº 3.415/GM/MS, de 22 de outubro de 2018 – Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica – DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

Portaria Conjunta nº 1/GM/MS, de 16 de janeiro de 2013, que altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento;

Portaria nº 3.588/GM/MS, de 21 de dezembro de 2017 - Altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências

Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo IV - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

Portaria 202/SAS/MS, de 19 dove junho de 2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nas Unidades Assistenciais do Sistema Único de Saúde;

002263

002264

RDC nº 611/ANVISA, de 09 de março de 2022, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas;

Resolução nº 672/CFF, de 18 de setembro de 2019 – Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito dos serviços de diálise;

RDC nº 222/ANVISA, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;

RDC nº 34/ANVISA, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue;

RDC nº 36/ANVISA, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

RDC nº 15/ANVISA, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências;

RDC nº 51/ANVISA, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);

RDC nº 50/ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada;

Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico;

Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.

Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020.

Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998 que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009 que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007 que dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em farmácias.

Resolução CFF nº 585/2013 que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências;

Resolução CFF Nº 619/2015 que dá nova redação aos artigos 1º e 2º da Resolução CFF nº 449/2006, que dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica;

RDC nº 430, de 8 de outubro de 2020 que dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos.

RDC nº 509, de 27 de maio de 2021 que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde.

RDC nº 45/2003 que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde;

RDC nº 80/2006 que dispõe sobre o fracionamento de medicamentos em farmácias e drogarias;

Lei nº 13.021/2014 que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

Lei nº 5.991/1973 que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências;

Decreto nº 5.296/04, de 2 de dezembro de 2004, estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência.

Atender toda a legislação e normativas vigentes, e considerar que o rol apresentado neste item é exemplificativo.

Desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação, respeitando e atendendo as normativas estabelecidas pela SES-GO quanto ao assunto;

Implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos termos de colaboração firmados, de acordo com Portaria n. 1046/SES/GO, de 03 de dezembro de 2019;

O Prontuário Único do Paciente será obrigatório, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todos devidamente escritos de forma clara e precisa, datados e assinados pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam);

Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria acima mencionada;

Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade proposta, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos termos de colaboração firmados;

Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente.

Será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise de imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista;

Deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais;

A Policlínica Estadual deverá possuir um Responsável Técnico (RT) médico, com registro no respectivo conselho de classe. O médico designado como Responsável Técnico da Unidade somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria 1046 de Dezembro/2019;

Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade proposta, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a

002265

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos termos de colaboração firmados, conforme definido na Portaria n. 1046/SES/GO, de 03 de dezembro de 2019;

Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente;

Compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de imaginologia tendo como identificador único o CPF do paciente. Todos as imagens e laudos deverão ser enviadas para o sistema PACS/RIS da SES-GO, nos padrões definidos pela SES-GO;

O SGH (por meio do PEP) do **PARCEIRO PRIVADO** deverá ler estes exames (imagens e laudos) do sistema de PACS/RIS da SES-GO. Não há a necessidade de integrar o sistema PACS/RIS do **PARCEIRO PRIVADO** diretamente com o SGH (PEP). Os exames (imagens e laudos) anteriores (legado), caso ainda não tenham sido transferidos, também deverão ser enviados para o sistema da SES-GO visando que todo o histórico desses exames fique armazenado no sistema da SES-GO;

Compromete-se a estabelecer um serviço de exames laboratoriais (SADT) que seja integrado ao SGH (PEP) e armazene no SGH todos os resultados (dados estruturados) e laudos devidamente assinados digitalmente;

Garantir a confiabilidade dos dados que serão integrados ao Sistema de Regulação em Saúde utilizado pela Regulação Estadual, para os processos regulatórios ambulatoriais, de urgência e emergência e internação, e processos de controle e avaliação inferentes aos dados de processamento de informações (faturamento);

Arcar com a responsabilidade de manter a sustentação do sistema. A governança do projeto Saúde Digital, definido na Portaria n. 1046/SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, é de responsabilidade da SES-GO, portanto, o Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) contratado para atender a este projeto, deverá permitir que a SES tenha os seguintes privilégios: definir regras de negócio, permitir acesso total ao banco de dados, gerenciar as permissões de acessos, acompanhar os chamados abertos pelas unidades de saúde, priorizar a resolução dos chamados abertos, cobrar as soluções diretamente da empresa mantenedora do sistema, definir as novas funcionalidades e integrações a serem incorporadas, coordenar a homologação de novas funcionalidades;

Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS.

Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

Assegurar o cumprimento e atendimento **e registros de informações assistenciais e de faturamento** a todos os procedimentos requeridos pela SES-GO, que estejam previstos na Tabela SIGTAP/SUS vigente e alterações futuras, desde que em concordância com o perfil do estabelecimento de saúde;

Atender as normativas federais para recebimento de recursos dessa natureza, conforme orientações próprias contidas em Portarias Ministeriais e em concordância com orientações e normativas da SES-GO.

Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes aos bloqueios judiciais aplicados ao **PARCEIRO PUBLICO**, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos de respostas das demandas judiciais e/ou administrativas, mediante notificação prévia do mesmo.

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS PACTUADOS

Tendo em vista que a Policlínica Estadual da Região Nordeste II – Posse funcionará com o perfil descrito sob termos de Colaboração, cabe a SES/GO definir o perfil assistencial da unidade, planejar metas assistenciais e de qualidade, monitorar e avaliar os indicadores de desempenho e econômico financeiros definidos no Termos de Colaboração;

O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia;

Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

As equipes médica e multidisciplinar deverão ser disponibilizadas em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrados nos Conselhos de Classe pertinentes, ensejando que a unidade realize a atividade assistencial quantificada no termo.

O Serviço de Admissão/Recepção do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação do encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO;

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados por meio também de sistemas de informação de regulação, controle e processamento definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;

O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a encaminhar as remessas de faturamento ambulatorial e o faturamento hospitalar à Secretaria de Estado da Saúde conforme cronograma anual estabelecido e disponibilizado previamente pela Coordenação Estadual de Processamento de Informações/Gerência de Controle e Avaliação/Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação para os e-mails: sia.sesgo@gmail.com; sih.sesgo@gmail.com, impreterivelmente.

A unidade deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas abordarão todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

II - METAS DE PRODUÇÃO

ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

Consulta Médicas Especializadas

Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)

O Estabelecimento de Saúde deverá disponibilizar consultas (médicas e multiprofissionais) e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Regulação Estadual, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório;

O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará e ofertará a agenda à Regulação Estadual, conforme carta de serviços definida pela SES-GO. No entanto, para efeito de acompanhamento de metas, serão consideradas as consultas efetivamente realizadas/executadas;

As consultas ambulatoriais compreendem:

Primeira consulta;

Interconsulta;

Consultas subsequentes (retornos).

002267

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Regulação Estadual ao Estabelecimento de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade;

Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, desde que dentro da mesma linha de cuidado da primeira consulta regulada. Todas as interconsultas devem ser informadas no Sistema informatizado de regulação estadual;

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas no sistema informatizado de regulação estadual;

Para os atendimentos referentes a **processos terapêuticos** de média e longa duração, tais como: sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, Odontologia etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes;

Os atendimentos referentes a processos terapêuticos, embora contabilizem como consultas subsequentes, possuem natureza de sessão e, portanto, deverão ser informados de forma separada via Sistema de Monitoramento para efeito de acompanhamento;

A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pela Regulação Estadual. Assim, sempre que necessário, o **PARCEIRO PÚBLICO** solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou tipos de consultas, o que deverá ser cumprido pelo **PARCEIRO PRIVADO** em até 45 dias;

Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, **o quantitativo total de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais previstas no Termos de Colaboração,** ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas.

Dispensação de medicamentos para pacientes do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

A dispensação de medicamento do CEAF poderá ocorrer de duas formas: para o representante do município devidamente autorizado pelo secretário de saúde do município e para o próprio paciente ou seu representante legal.

Nos casos em que a dispensação dos medicamentos for feita ao próprio paciente, é imprescindível que a mesma seja realizada pelo farmacêutico, que neste momento, além da dispensação, realizará consulta farmacêutica para avaliação da terapia prescrita e realizará o acompanhamento farmacoterapêutico nos casos necessários. Tais consultas poderão ser contabilizadas dentro das metas da equipe multi.

Práticas Integrativas e Complementares – PIC;

Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12;

Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais;

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT: exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico;

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo envolve o conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, que será disponibilizado à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos referenciados pela Regulação Estadual;

O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela Regulação Estadual, no limite da capacidade operacional do SADT;

Os exames a serem ofertados/executados dependerão da disponibilidade do recurso/equipamento, o que poderá ocorrer por locação/comodato ou outra forma de pactualização devidamente autorizada.

Centro Especializado em Odontologia (CEO II);

Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal);

Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual (para efeito de acompanhamento).

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários da respectiva **Policlínica;**

Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

Na medida em que os indicadores forem homologados, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

Nada obsta, entretanto, que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios;

São consideradas como Metas de Produção, determinantes ao pagamento da parte assistencial/fixa, os seguintes critérios:

Consultas Médicas especializadas:

Especialidades Médicas a serem oferecidas no Ambulatório: quantidade mínima de consultas a serem ofertadas mensalmente, divididas por tipos de consultas:

Especialidades Médicas a serem oferecidas no Ambulatório da **Policlínica Estadual da Região Nordeste II - Posse**
Anestesiologia*
Cirurgia Vascular
Cardiologia
Clínico Geral – linha do cuidado
Dermatologia
Endocrinologia
Gastroenterologia
Ginecologia
Obstetrícia (pré-natal de alto risco)
Hematologia
Infectologia
Mastologia
Nefrologia
Neurologia
Pediatria
Oftalmologia
Ortopedia/Traumatologia
Otorrinolaringologia
Pneumologia

002269

002270

Proctologia
Psiquiatria
Reumatologia
Urologia
Para acompanhamento de exames específicos; realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais que tenham a devida indicação; e consultas especializadas.

Do total de consultas mensais disponibilizadas e executadas por especialidade, o estabelecimento de saúde deverá adotar os seguintes critérios:

30% do total de consultas ofertadas serão destinadas à realização de primeira consulta;

30% do total de consultas ofertadas serão destinadas a realização de interconsulta;

40% do total de consultas ofertadas serão destinadas à realização de consultas subsequentes (retornos);

* Todas deverão ser informadas por meio dos sistemas eletrônicos de monitoramento da SES-GO.

Consultas Médicas	Meta Mensal
Total	3.817

A Policlínica deverá atender todas as faixas etárias. Logo, o atendimento ocorrerá conforme necessidade e demanda identificada na região; ou na macrorregião ou ainda em todo o Estado de Goiás, a partir do encaminhamento pela Regulação Estadual.

As vagas ofertadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão preenchidas conforme a demanda identificada na região ou conforme a necessidade da macrorregião ou mesmo em todo o Estado de Goiás, a partir da Regulação Estadual.

Considerando que o profissional CLÍNICO GERAL – linha de cuidado, dentro da policlínica, tem como atribuição primordial ser o organizador central da Avaliação Global Interdisciplinar e o ordenador do Projeto Terapêutico Singular (PTS), não será ofertada vaga de primeira consulta (vaga externa para regulação) e o acesso a esse profissional será exclusivamente por interconsulta, para realização da Avaliação Global Interdisciplinar, com foco principal nas Linhas de Cuidado Prioritárias.

Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos):

Categorias profissionais mínimas para comporem as equipes da unidade, a serem estabelecidas em conjunto com a SES-GO. O profissional fonoaudiólogo é obrigatório para a realização de exames específicos da categoria.

Profissionais mínimos integrantes da Equipe Multiprofissional
Assistente Social
Enfermeiro
Farmacêutico
Fisioterapeuta
Fonoaudiólogo
Nutricionista
Psicólogo

As consultas realizadas pela Enfermagem poderão configurar consultas ambulatoriais se atenderem ao Decreto Lei nº 94.406, 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas da consulta:

análise dos dados contidos no prontuário;

entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento;

diagnóstico de enfermagem (de competência privativa do enfermeiro);

resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico;

definição do plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e

registro, que é a legitimação das ações deste profissional.

Consulta da Equipe Multiprofissional*	Meta Mensal
Total	3.662
*Excetuando consultas odontológicas que possuem metas específicas.	

Segue a quantidade geral de oferta da equipe multiprofissional, dividido por tipo de consulta. Não será ofertada vaga de primeira consulta (vaga externa para regulação) para profissionais da equipe multiprofissional.

Procedimento	Interconsulta	Retorno/Sessões	Meta total no mês
Consulta equipe multiprofissional	1.099	2.563	3.662

Serviço de Telessaúde

A produção do serviço de Telessaúde está relacionada à equipe que ofertar o atendimento: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Ressalta-se que as vagas ofertadas para o serviço de Telessaúde também serão para integração dos Profissionais da Policlínica com a Atenção Primária.

Consultas Farmacêuticas para pacientes que recebem medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):

002271

Os **atendimentos realizados pelo farmacêutico** serão configurados como consultas ambulatoriais, incluindo orientações sobre aplicação de auto injetáveis, em concordância com o item 12.4.7 do presente instrumento e será monitorado pela área técnica específica da SES-GO.

Consultas Farmacêuticas	Meta Mensal
Total	≥ 5% dos processos atendidos no mês

Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):

Percentual de dispensação de medicamentos em relação aos processos cadastrados	Meta Mensal
Total	≥ 50% dos processos cadastrados na unidades

Práticas Integrativas e Complementares – PIC

A produção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) está relacionada à equipe que ofertar estas terapias: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Ressalta-se que as vagas ofertadas para as PIC serão somente interconsulta e consuas subsequentes.

Serviço de Assistência Especializada - SAE - GRUPO 12

Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

Porém, para fins de habilitação junto ao Ministério da Saúde, deverá ser considerada uma equipe específica para a Equipe Básica SAE (GRUPO 12) com: médico infectologista; enfermeiro; assistente social; psicólogo; cirurgião – dentista (clínico geral) e técnico de enfermagem.

Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais

Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	Meta Mensal
Total	72

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT mínimos a serem realizados:

SADT Externo	Meta Mensal (interno e externo)
Análises Clínicas	Deve atender a necessidade interna da unidade*
Audiometria	10
Colposcopia	10
Colonoscopia	50
Colposcopia	40
Densitometria Óssea	34
Doppler Vascular	175
Ecocardiografia	88
Eletrocardiografia	80
Eletroencefalografia	10
Eletroneuromiografia	23
Emissões Otoacústica	10
Endoscopia	75
Espirometria	10
Exames Oftalmológicos[1]	Serão vinculados à consulta oftalmológica conforme indicação do especialista.
Holter	97
Mamografia[2]	84
MAPA	88
Nasofibroscopia	10
Patologia Clínica*	O quantitativo deve atender a necessidade interna na unidade.
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): tireóide e mama	10
Punção aspirativa por agulha grossa	10
Radiologia	511
Ressonância Magnética	247
Teste Ergométrico	62
Tomografia	279
Ultrassonografia [3]	367
Urodinâmica	10
Videolaringoscopia	10
[1] 02.11.06.010-0 – FUNDOSCOPIA: avaliação do fundo de olho, realizado com ou sem dilatação pupilar / 02.11.06.015-1 - POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL: avaliação da máxima acuidade sob orifício estenopeico (projeção ou retro-iluminado) / 02.11.06.025-9 – TONOMETRIA: aferição da pressão intra-ocular / 02.11.06.027-5 - TRIAGEM OFTALMOLÓGICA: consiste na identificação precoce de baixa acuidade visual ou sinais e sintomas oculares / 02.11.06.023-2 - TESTE ÓRTÓPTICO: avaliação completa da motilidade ocular, (binocular) com lentes.	
[2] Exames de mamografia, com resultado bi rads 0: o resultado do exame deverá ser entregue a paciente, obrigatoriamente, pelo médico, seja pelo agendamento de retorno ou interconsulta.	

002273

[3] *Ácido Úrico, Anti-HBC, Anti HBS, Anti-HCV, Antibiograma, Beta HCG, bilirrubinas, Biopsias, cálcio Total, CEA, Chagas IGG, Chagas IGM, Coagulograma, Colesterol LDL, colesterol HDL, Colesterol Total, Contagem de Plaquetas, Creatinina-Fosfoquinase, Creatinina, Curva Glicêmica, CK-MB, Desidrogenase lactica (DHL), Dengue IGG, Dengue IGM, EAS, Eletroforese de proteínas, EPF (parasitológico), Fator Reumatoide, Fator RH, Ferritina, Ferro, Fosfatase Alcalina, Fósforo, FSH, Glutamil-Transferase (Gama GT), Glicemia em Jejum, HBSAG Australia, Hemoglobina Glicada, Hemograma, Hepatite-C (HCV), HIV, LH, Lipase, Magnésio, Papanicolau (colpocitologia), Potassio, Proteínas Totais e Frações, PSA Total e Livre, Sangue Oculto nas Fezes, Sódio, Tempo de Protrombina – TAP-O, T4 Livre, TGO, TGP, Tipagem ABO, Triglicerídeos, Troponina, TSH, TTPA, Ureia, Urocultura, VDRL, Velocidade de Hemossedimentação – VHS, Vitamina B12, Vitamina D25 e Proteína C Reativa (PCR).*
[4] *Abdômen superior; Abdômen total; Aparelho urinário; Articulação; Bolsa escrotal; Próstata (via transretal); Próstata por via abdominal; Tireóide; Doppler de fluxo obstétrico; Mamária bilateral; Obstétrica; Obstétrica com doppler colorido e pulsado; Pélvica (ginecológica); Transfontanela; Transvaginal*

Exames Oftalmológicos – Serão vinculados à consulta oftalmológica conforme indicação do especialista;

Biópsias Gerais – devem ter quantitativo correspondente as pequenas cirurgias e exames que necessitam do mesmo;

Patologia Clínica – o quantitativo deve atender a necessidade interna na unidade;

Ultrassonografia – Os tipos de ultrassonografia serão definidos previamente, levando em conta a necessidade da região de saúde e sua demanda reprimida;

Análises Clínicas - para efeito de precificação das análises clínicas, considerou-se a média praticada na unidade nos últimos 12 (doze) meses. Contudo, o quantitativo deve atender a necessidade interna na unidade.

Os exames para apoio diagnóstico e terapêuticos aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

Os exames de ECG, MAPA e Holter serão realizados todos os dias, inclusive aos sábados, quando a unidade tiver este horário de funcionamento.

Os exames realizados deverão ser informados separadamente, ou seja, quais são demanda interna e quais compõem a execução do SADT Externo.

Os exames poderão ser entregues a representante legal devidamente constituído para esta finalidade, respeitando-se a legislação vigente.

Centro Especializado em Odontologia (CEO II)

Após a implantação e funcionamento do serviço de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Tipo II), deverão ser ofertadas no mínimo as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a pessoas com deficiência ou condições especiais conforme o item 11.16.2. A produção mínima mensal deverá ser realizada conforme tabelas abaixo e será verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), **de acordo com as Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e 6/GM/MS, ambas de 28 de setembro de 2017.**

Consultas odontológicas	Meta Mensal
Primeira Consulta	240
Consultas Subsequente	360
Total	**600**

As condições especiais de saúde poderão ser atendidas no CEO II, desde que haja uma justificativa e/ou indicação clínica para o atendimento especializado.

Os procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade concordarão com a Portaria nº 2.898, de 21 de setembro de 2010, que atualiza o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, ou outra legislação que venha substituí-la, que passou a vigorar da seguinte forma:

a) O monitoramento de produção consiste na análise de produção mínima mensal apresentada, a ser realizada no CEO tipo 2, verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS ou por intermédio do Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde/Sistema de Gestão Hospitalar (SIGUS/SGH), conforme segue:

Especificação	Quantitativo mensal	Observação
Procedimentos básicos	110	Códigos SIGTAP dos procedimentos básicos para pessoas com deficiência ou condições especiais[1]
Periodontia	90	Códigos SIGTAP referente à Periodontia[2]
Endodontia	60	Códigos SIGTAP referente à Endodontia
Cirurgia Oral	90	Códigos SIGTAP referente à Cirurgia Oral
[1] *Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 30% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 - restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 - restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 - restauração de dente permanente posterior*		
[2] *Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 - obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096, retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.*		

Clínica de Serviços Dialíticos (Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico, Atenção Especializada em DRC com hemodiálise, Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal)

O serviço de Terapias Renais Substitutiva – TRS deverá assistir aos Doentes Renais Crônicos nos estágios 4 e 5 – Pré-dialítico, e os que necessitam de Hemodiálise e Diálise Peritoneal, além de prover os exames laboratoriais, exames de imagem, e demais apoios necessários as respectivas terapias. Conforme descrito na Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018 e Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – RDC no Sistema Único de Saúde. Seguindo minimamente a programação de produção descrita no quadro abaixo.

Terapia Renal Substitutiva	
Sessões Hemodiálise: considerando 2 turnos e 3 sessões semanais por pacientes	936
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal: considerando 9 dias de treinamento para cada paciente	6 pacientes (cada com 9 dias de treinamento) - Totalizando 36 sessões
A unidade conta com 18 cadeiras mais 1 cadeira de reserva.	

002275

Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual

Para fins de precificação deve ser considerado a locação/comodato de unidades de transporte conforme especificação no item 8.6. Transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual e a média mensal de distância percorrida pelos mesmos.

Transporte	Media Mensal de distância percorrida
Ônibus I	12.000 km
VAN	12.000 km
Total	24.000 km

Detalhamento das especificações referentes à Produção da Policlínica:

Todas as primeiras consultas e/ou SADT ofertado para pacientes externos, assim como as vagas para a Clínica de Serviços Dialíticos serão referenciados integralmente pela Regulação Estadual.

O quantitativo de especialidades (médicas e multiprofissionais), tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta) e tipos de exames, poderão sofrer mudanças de quantitativo, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente ou quando se fizer necessário, e que o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 45 (quarenta e cinco) dias para realizar a modificação solicitada com relação as especialidades e exames ofertados. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consultas e exames não ultrapassará o limite de consultas e exames totais propostas no Termos de Colaboração, ocorrendo somente um ajuste da carteira de serviço.

Os serviços/equipes que requerem profissionais de especialidades específicas para fins de habilitação no Ministério da Saúde, deverão estar inclusos no quadro de recursos humanos fixo da unidade.

As consultas realizadas pelo Serviço Social deverão ser registradas em separado, e não configuram consultas ambulatoriais da equipe multiprofissional, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde – SES/GO.

III - INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/ DESEMPENHO

INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/ DESEMPENHO

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

Na medida em que os indicadores forem homologados, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro-Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
1 - Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	100%
2 - Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertados	100%
3 - Percentual de Exames de Imagem com resultado liberado em até 72 horas	≥ 70%
4 - Taxa de acuracidade de estoque dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	≥ 99%
5 - Percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês	≥ 5%
6 - Taxa de perda financeira por vencimento	≤ 0,5%

Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas

Conceituação: Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade de policlínica por um dado período (mês).

Método do Cálculo: Número de consultas ofertadas dividido pelo número de consultas propostas nas metas da unidade de Policlínica.

Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertados

Conceituação: Nº de SADT Ofertado em relação ao número de exames propostos nas metas da unidade de policlínica por um dado período (mês).

Método do Cálculo: Número de exames (SADT) ofertados dividido pelo número de exames propostos nas metas da unidade de Policlínica multiplicado por 100.

Percentual de exames de imagem com resultado liberado em até 72 horas

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 72 horas (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Método do Cálculo: Número de exames de imagem liberados em até 72 horas divididos pelo total de exames de imagem realizados no período multiplicado por 100.

Taxa de Acuracidade de Estoque

Conceituação: Esse indicador tem por objetivo monitorar a exatidão do estoque de medicamentos hospitalar geridos pela Farmácia. A avaliação da acuracidade indica se o estoque e as compras estão coerentes com a realidade da instituição e se há falhas durante o processo de controle de estoque.

002277

Método do Cálculo: [Número total de itens contabilizados (estoque físico/estoque sistema) em conformidade / Número total de itens padronizados cadastrados no sistema] x 100

Percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês

Conceituação: Proporção de consultas farmacêuticas realizadas para os pacientes do CEAF em relação ao número de processos atendidos.

Método do Cálculo: Quantitativo de consultas realizadas/ pelo total de processos atendidos no período x100

Taxa de perda financeira por vencimento

Conceituação: O indicador tem a finalidade de monitorar a perda de medicamentos por expiração do prazo de validade em todas as Unidades de Saúde da rede estadual, aprimorando e implantando ferramentas e processos de trabalho que permitam reduzir a perda de medicamentos.

Método de Cálculo: [Valor financeiro da perda de medicamentos padronizados por validade expirada (R$)/ valor financeiro de medicamentos inventariado no período (R$)] x 100.

ANEXO Nº II/2023 - SES/CRES-19504

ENSINO E PESQUISA

As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio e pesquisa científica, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da pactualização.

A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e garencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com o **PARCEIRO PRIVADO**.

A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) promove o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, em consonância com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, integrante da Política Nacional de Saúde formulada no âmbito do SUS, estabelecendo, orientando, assessorando e monitorando a realização de pesquisa científica na SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SESG.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por acompanhar o cumprimento da Portaria nº 1.265/2021 – SES-GO, ou outro ato normativo que venha modificar e/ou substituir, e não deverá permitir a realização de pesquisa científica na Unidade que não esteja cadastrada no fluxo de monitoramento de pesquisas e autorizada pela SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir a citação da SES-GO como afiliação institucional dos autores na realização de pesquisa, nas publicações científicas, apresentações em eventos dos trabalhos e em todo e qualquer tipo de divulgação das pesquisas científicas executadas nas Unidades de Saúde e/ou Administrativas da SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir o encaminhamento pelo pesquisador à SESG de trabalho científico resultante de Pesquisa científica em dados públicos, Pesquisas de revisão da literatura e Relatos de experiência produzidos em Unidade da SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir que a proposta de aplicação ou incorporação dos resultados das pesquisas realizadas dentro das unidades da SES-GO sejam apresentadas à SES-GO pelos pesquisadores.

O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que a Unidade esteja vinculada a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional, dentre os operacionais da SES-GO e credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, ou outra que vier a substituir.

O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que o número do CNPJ referente à Unidade da SES-GO seja cadastrado como Instituição na Plataforma Brasil e junto à CONEP, para assegurar que as pesquisas se vinculem à SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar oficialmente à SES-GO em qual CEP institucional e CNPJ a Unidade está credenciada, junto à CONEP.

Existindo CEP institucional na Unidade SES-GO, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter instalações adequadas e os recursos humanos necessários para a operacionalização do mesmo, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013.

O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto à SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para alteração de vínculo de sua Unidade com o CEP institucional credenciado à CONEP. Após, avaliação de viabilidade, a SESG fará a devida orientação pertinente para adequações junto aos CEP's e à CONEP, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o CEP que deixará a função e aquele que o assumirá.

002279

002280

O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto a SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para credenciar CEP institucional quando a Unidade pretenda se habilitar como Hospital-Ensino junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação, respeitando as normativas vigentes, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013 ou outra que vier a substituir.

O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá alterar o vínculo de sua Unidade SES-GO com o CEP institucional credenciado, redistribuindo a Unidade, objetivando a melhoria na qualidade do atendimento às demandas de ensino e pesquisa, e adequação às normativas vigentes. Tal alteração será promovida pela SESG, após análise de viabilidade técnica, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, e posterior comunicação oficial ao **PARCEIRO PRIVADO**.

Caso haja mudança de **PARCEIRO PRIVADO**, este, deverá garantir durante a transição, de forma oficial e justificada, a continuidade da apreciação dos protocolos de pesquisas e das atividades inerentes ao bom funcionamento do CEP institucional credenciado de sua Unidade.

O **PARCEIRO PRIVADO**, deve informar a SES-GO e à CONEP, de forma oficial e justificada, a impossibilidade de atuação do CEP institucional credenciado durante o período de transição, conforme estabelecem as normas regulamentares do CNS/CONEP.

No caso de substituição parcial ou total dos membros (Coordenadores, Secretária e Pareceristas) do CEP institucional credenciado da Unidade, deve ser informado de forma oficial e justificada, previamente à SES-GO e à CONEP, para que seja garantida a continuidade das avaliações éticas dos protocolos de pesquisa em andamento. E que somente retomará as atividades após a análise documental da CONEP e SES-GO.

Durante o período em que o CEP institucional estiver com as atividades suspensas, os protocolos de pesquisas devem ser cadastrados sob o CNPJ da SES-GO e encaminhados ao CEP CENTRAL da SES-GO.

Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções instrumentais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

A seleção de preceptores, tutores e coordenadores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição. Esses profissionais deverão ser integrados à rotina e atividade da unidade hospitalar.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.

O **PARCEIRO PRIVADO** deve assegurar em seus contratos de prestação de serviço e/ou trabalho as atividades de ensino, pesquisa e preceptoria que são realizadas na unidade hospitalar.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.

As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.

Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, quando devidamente implantadas, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

O Termos de Colaboração que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com o **PARCEIRO PRIVADO**.

O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional da Saúde, credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRMS/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

O Processo Seletivo será conduzido por parceiro previamente conveniado ou contratado exclusivamente para essa finalidade com experiência na aplicação de prova e acompanhado pela SESG por meio da Assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residências Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

A SESG/SES-GO em parceria com o grupo técnico será responsável por avaliar os requisitos técnicos da entidade que deseja firmar parceria ou contrato para a execução do processo seletivo;

O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014.

O valor a que se refere o item 14.10 será acompanhado pela Gerência de Gestão de Pessoas da Superintendência de Gestão Integrada, conforme descrito no Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

002281

O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, podendo ser variável conforme alteração legal do

002282

vencimento inicial do cargo ocupacional, bem como em virtude de remanejamento definido pela SES/GO, em concordância com o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no anterior, em razão da equidade.

As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO atualmente tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em Portaria Interministerial (MEC/MS).

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU, quando os programas estiverem efetivamente implantados.

Novos programas de residência serão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. As implantações ocorrerão em parceria com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, por meio de suas Comissões, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** conjuntamente com a COREME da respectiva unidade.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar atividades de educação permanente voltadas para qualificação dos coordenadores dos Programas de Residência Médica e coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS), supervisores, tutores e preceptores.

Os temas deverão ser definidos em conjunto com a COREME e COREMU local da Unidade de Saúde.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento de acordo com Resolução CNRM nº 16/2022 de 30 de setembro de 2022, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Portaria 469/2020/SES-GO E Resolução CNRM nº 16/2022 de 30 de setembro de 2022).

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter e, quando necessário, realizar contratação adicional de preceptores para que as atividades da residência possam ser realizadas de acordo com as normas da CNRM, mantendo-se a relação preceptor/residente.

Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES-GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-profissionais/30000-uncategorised/71511-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES-GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas quando autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade do ensino, da pesquisa e da gestão oferecidos pela instituição, garantindo os recursos necessários ao desenvolvimento dos PRM's e das atribuições da COREME.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de campo de prática entre as residências médicas de outras Unidades da SES-GO, caso necessário, para complementação da prática pedagógica, conforme solicitação da COREME.

Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM's, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

A instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais da Saúde, desenvolvidas pela SES-GO e gerenciadas pela SESG.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS) deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES-GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS e PRMS/SES-GO).

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade de Saúde, responsável pela manutenção e desenvolvimento do funcionamento dos programas composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

002283

O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, o Coordenador do PRAPS/PRMS, sendo um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde. Sendo sua atuação exclusiva às atividades da coordenação.

O Tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/PRMS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a Área de concentração do PRAPS/PRMS.

Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS/PRMS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhá-lo.

Todos os profissionais em exercício no estabelecimento de saúde devem ter conhecimento de que o mesmo desenvolve atividades de ensino. E, portanto, devem cooperar com o processo de aprendizagem dos residentes.

O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS/PRMS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis. Na ausência de profissionais efetivos na unidade ou que atendam aos requisitos para o cargo, a unidade assistencial deverá conduzir seleção interna ou processo seletivo para o cargo de coordenador.

Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção, preferencialmente, entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

A seleção de Preceptores , Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

A seleção de preceptores e tutores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e, preferencialmente, como profissional em exercício na instituição.

Nos PRAPS e PRMS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária presencial, exclusiva ao cargo, de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS/PRMS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES-GO.

Os Profissionais no cargo de Tutoria com carga horária superior a 30 (trinta) horas semanais deverão exercer suas atividades, exclusivamente, na COREMU Local.

Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, obrigatoriamente, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do artigo 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas quando autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score (NPS)* remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES-GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES-GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

DOS RECURSOS FINANCEIROS

O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES-GO.

Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

Ocorrendo a situação descrita no item anterior, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES-GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Termos de Colaboração, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

Quando da implantação e execução dos Programas de Residência, a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás apresentará a estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. Quando houver repasse das bolsas diretamente ao residente médico ou residente multiprofissional, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Termos de Colaboração, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG.

Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, incluídos no custeio mensal da unidade hospitalar.

Para a alimentação deverá ser garantido, de acordo com a carga horária, 02 (duas) pequenas refeições e 01 (uma) grande refeição.

Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

002285

ESTÁGIOS CURRICULARES

002286

Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

Os estágios no âmbito da SES-GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008 e Portaria nº 1.096/2023 – SES/GO, de 22 de maio 2023 ou outras que venham substituí-las.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES-GO, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada exclusivamente pela SESG, de acordo com a legislação vigente e ocorrerá conforme Edital de Chamada Pública, a ser publicado pela SES-GO, com o intuito de classificar as Instituições de Ensino que possuam curso da área da saúde, previamente cadastradas.

O quantitativo de vagas ofertadas será definido pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG conjuntamente com as Unidades Administrativas e/ou Assistenciais de Saúde da SES-GO, levando-se em consideração a capacidade instalada de cada local.

O número máximo de vagas de estágio considerará o quadro de pessoal assistencial das entidades concedentes de estágio, que deve atender a proporção de até 20% de estagiários para número superior a 25 (vinte e cinco) trabalhadores.

Os alunos serão encaminhados para as Unidades Assistenciais de Saúde por meio da Coordenação de Estágio (CEST) da SESG, após preenchimento da ficha de inscrição e assinatura do termo de compromisso, no qual deverá constar o número de apólice de seguro.

A Diretoria de Ensino e Pesquisa ou equivalente, da unidade administrativa ou de saúde, ficará responsável pela distribuição interna dos estagiários, em conjunto com a SESG/SES-GO, após o resultado final do Chamamento Público.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Estágio, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

O PARCEIRO PRIVADO deverá propor Plano Anual de Educação Permanente em Saúde da Unidade de Saúde (PAEPS/US) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAEPS/US deve ser validado e aprovado pela SESG.

O PARCEIRO PRIVADO encaminhará o PAEPS/US à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Termo de Colaboração ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, quadrimestralmente, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, bimestralmente.

O PARCEIRO PRIVADO deverá encaminhar as informações solicitadas pelo PARCEIRO PÚBLICO referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

ANEXO Nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2023 - SES/GOP-03087

Este anexo objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas que trata de seleção de Organização da Sociedade Civil para celebração de Termos de Colaboração para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde atinente à **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE II – POSSE**, e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. É composto por duas partes (I) Especificações Técnicas, que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e (II) Quadro de Servidores cedidos.

I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

O PARCEIRO PRIVADO deverá:

Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais;

Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), na área médica e de enfermagem com registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Goiás. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS;

Disponibilizar de equipe médica e multiprofissional em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços composta por profissionais das especialidades exigidas, habilitados com título ou certificado de especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, e outras instruções normativas, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no instrumento.

Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e aos serviços a serem prestados;

Assegurar o desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE;

Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda às condições mínimas necessárias ao descanso dos colaboradores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão;

Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado e, sempre que solicitado, disponibilizá-lo para leitura e migração do banco de dados;

Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade;

Atentar-se que, em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte (II) Quadro de Servidores cedidos, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO;

Estar ciente de que o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido instrumento, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias;

002287

002288

Ter ciência de que para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do instrumento;

Considerar que a dedução de que trata o item 20.1.12 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à remuneração do servidor substituído (salário e encargos legais), no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

Atentar-se para o fato de que o **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos. (Ofício circular definindo procedimentos e documentos comprobatórios, ex.: contrato, cópia RPA, frequência);

Utilizar os valores de mercado da região ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 3 (três) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados, não podendo ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual, independente da forma de contratação;

Comprovar e responder mensalmente pelo pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do Instrumento de ajuste para eximir-se destas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica;

Assegurar a execução da Avaliação Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e da Avaliação de Desempenho Individual a serem realizadas pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente;

Aderir e alimentar o sistema de informação disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados de modo a permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**;

Alimentar periodicamente o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (ESocial), especialmente, os códigos S-2210, S-2220 e S-2240;

Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT;

O **PARCEIRO PRIVADO** poderá indicar o retorno ao **PARCEIRO PÚBLICO** de servidor cedido em exercício na Unidade sob seu gerenciamento desde que motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido, mediante anuência do **PARCEIRO PÚBLICO**;

Conforme interesse e fundamentação da administração Pública poderá, excepcionalmente, ceder servidor público para o **PARCEIRO PRIVADO** que deverá integrá-lo ao serviço da Unidade;

O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou servidores públicos que são remunerados à conta deste instrumento;

Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos e fluxos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos;

É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horários, desde que não haja conflito de interesses;

É vedada a contratação pelo **PARCEIRO PRIVADO** de colaborador, em cargo de confiança ou em comissão, que possua vínculo de matrimônio, união estável ou parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com os seguintes agentes públicos: Governador do Estado, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, para quaisquer serviços relativos ao Instrumento de Ajuste;

O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder à contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade;

Poderá o **PARCEIRO PRIVADO** atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais ao **PARCEIRO PRIVADO**, mediante regulamentação da SES-GO;

Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar o evento, no prazo de 10 (dez) dias contados do mesmo, para providências cabíveis ao caso;

Responsabilizar-se pela criação e manutenção de um núcleo de assistência aos trabalhadores que tiverem sofrido assédio comprovado, conforme determinado em normativa própria da SES-GO.

II - QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 01. Quantitativo de servidores estatutários Cedidos à POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE II – POSSE - outubro/2023.	
Cargos	Total de Servidores cedidos **
Não constam servidores cedidos à Unidade*	0
Fonte: Sistema RHNet - Ref: outubro/2023.	
**** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos de benefícios.*** ***** Cálculo baseado nos valores dos últimos 12 (doze) meses.***	

Anexo nº IV - ESTIMATIVA DE CUSTEIO - SES/GEC - 21759

ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE II - UNIDADE POSSE

Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a estimativa do custeio operacional da **Policlínica Estadual da Região Nordeste II - Posse** para o período de **06 (seis) meses**.

Para o cálculo **estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I - Especificações Técnicas e Descritivo de Serviços da Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS) elaborado em conjunto com a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação (SURCA) assim como o histórico de informações obtido a partir do Sistema de Gestão Hospitalar (SGH), do *Key Performance Indicators for Heath* - [illegible] visita técnica realizada na unidade de saúde.

002289

Visando o acompanhamento e avaliação do Termos de Colaboração e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar via SIGUS/SGH ou outra forma requerida pela SES-GO, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE DE SAÚDE.**

As informações acima mencionadas também serão avaliadas por meio dos registros nas Autorização de Internação Hospitalar - AIH, dos registros nos Sistemas de Informações Ambulatoriais - SIA e Sistema de Informações Hospitalares - SIH, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos por esta. Nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

LINHAS DE PACTUAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

A estimativa dos custos operacionais da **Policlínica Estadual da Região Nordeste II - Posse** foi segmentada conforme possíveis linhas de pactuação. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS), no Anexo I, elaborado em conjunto com a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação (SUREG). Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, recorreu-se também às comparações com outras unidades do Estado de Goiás, com o perfil assistencial semelhante ao que se pretende neste ajuste, como forma de orientação.

Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu-se os seguintes critérios:

a) Capacidade física instalada e operacional da instituição;

b) Série histórica de produção média da UNIDADE DE SAÚDE, extraída do Sistema Key Performance Indicators for Health (KPIH) da própria unidade e de outras unidades semelhantes, além da série histórica extraída da Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC), que já tem acompanhado parte dos dados validados pelo Sistema Integrado de Gestão de Unidades de Saúde (SIGUS). Ressalta-se a prática de uso da série histórica, 12 meses, e não do último mês de referência, tendo em vista a sazonalidade da saúde e até mesmo dos perfis de encaminhamentos para a instituição;

c) Tempo Médio de Permanência, por clínica/perfil e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade de saúde e de outras unidades semelhantes, em comparação ao apresentado pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS);

d) Tipos de atendimentos disponíveis na unidade e serviços especiais;

e) Visitas técnicas para aprofundamento do conhecimento do perfil de execução de ações e serviços da unidade;

f) Legislação relacionada ao perfil de atendimento;

g) *Benchmarck* extraído do sistema KPIH nos últimos 12 meses, neste caso, referente ao período de novembro/2022 a outubro/2023, e,

h) Índice de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico externo conforme demanda apresentada, em reuniões técnicas, pela Regulação Estadual, conforme as redes e políticas de atenção à saúde apresentadas pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS).

MÉTODO DE CÁLCULO

Metodologia

Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que é a metodologia adotada pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), do Ministério da Saúde. Essa metodologia foi escolhida por ser de fácil aplicação e por ser a mais utilizada entre as instituições vinculadas ao SUS. Outro fator importante é que a sua apuração é possível a partir da segmentação da instituição em centros de custos.

O Custeio por Absorção consiste no custeio integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) registrados aos produtos/serviços finais (Manual Técnico de Custos, PNGC, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

Para o cálculo das linhas de pactualização/centro de custos, foi utilizado o relatório Painel Comparativo de Custos, retirado do sistema *Key Performance Indicators for Health - KPIH*, nos últimos 12 meses, neste caso, referente ao período de **novembro/2022 a outubro/2023**, conforme comprovante (SEI nº 61719000).

As unidades de saúde, com o mesmo perfil desta Policlínica, pertencentes à base de dados da Planisa, utilizam-se justamente da metodologia de custeio por absorção, com padronização no processo de coleta, apuração e periodicidade mensal, gerando assim, relatórios contendo 3 (três) valores por centro de custos/linha de pactualização, sendo:

Percentil 25 (P25), que se refere a posição 25% da amostra de valores, ordenados do menor para o maior valor;

Percentil 50 (P50), que se refere a posição 50% da amostra de valores, ordenados do menor para o maior valor;

Percentil 75 (P75), que se refere a posição 75% da amostra de valores, ordenados do menor para o maior valor;

O Percentil adotado foi o **P50**, que constitui a **mediana** do custo unitário para a mesma distribuição de frequência entre os P25, P50 e P75, atualmente indicada para o gerenciamento e desenvolvimento das ações e serviços nas unidades de saúde ambulatoriais do Estado de Goiás, sendo realizada também a comparação com o próprio custo interno da Unidade para embasar a escolha do Percentil utilizado. O percentil sugerido é mais econômico que o P75 e atende a finalidade de se buscar a compatibilização dos custos com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que, buscou-se uma referência que pode representar menos despesas, se adequando a realidade da Unidade de Saúde, não importando assim em sobrepreço e tampouco deixando-a inexequível.

A Unidade de Saúde possui perfil de atendimento ambulatorial em várias especialidades, de média e alta complexidades, com realização de exames, sessões de hemodiálise e pequenos procedimentos cirúrgicos, com profissionais especializados e qualificados. A Policlínica de Posse encontra-se a uma distância de 515 km de Goiânia/GO e 310 Km de Brasília/DF.

Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foram consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo e predominância de pacientes e certificação de qualidade.

Conhecimento das informações quantitativas conforme modelagem assistencial.

O cálculo, buscou ponderar todo o contexto desta unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização. Objetiva-se que a unidade de saúde seja cada vez mais produtiva e eficiente. Desta feita, embora a série histórica tenha sido utilizada como balizadora da análise, a mesma não foi determinante para o estabelecimento das metas e estimativas de produção.

Para a execução dos cálculos, trabalhou-se com o arredondamento na numeração decimal, conforme ABNT 5891.

002291

002292

A Unidade de Saúde deverá disponibilizar 2 (dois) veículos automotores, sendo 1 (um) tipo ônibus e 1 (um) tipo VAN. O ônibus deve conter no mínimo 28 (vinte e oito) poltronas, equipados com ar-condicionado e elevador de acessibilidade. A Van deverá ter no mínimo 15 lugares. Os veículos circularão pelas cidades da Macrorregião Nordeste e levarão gratuitamente os pacientes até a Policlínica Estadual da Região Nordeste II - Posse, para as Sessões de Tratamento em Hemodiálise, percorrendo uma média de 12.000km por veículo/mês, conforme Anexo I.

Memória de Cálculo

O custeio das **Consultas Médicas e Não Médicas/multiprofissionais** foi estimado multiplicando o número de consultas projetadas pelo seu respectivo custo unitário, limitando-se ao total de consultas médicas e não médicas estabelecidas no Anexo I.

Para a projeção das **Consultas médicas e não médicas/multiprofissionais**, foi extraída do sistema KPIH, no período de novembro/2022 a outubro/2023, a produção média da unidade de saúde, após, realizada a proporção por linhas de especialidade, de acordo com a Meta estabelecida no Anexo I, de **3.817** consultas médicas e **3.662** consultas não médicas/multiprofissionais por mês.

É importante esclarecer que a meta estabelecida no Anexo I foi definida com um limite de 3.817 consultas médicas e 3.662 consultas não médicas/multiprofissionais por mês. A desagregação dos números de consultas por especialidades apresentada neste Anexo IV foi realizada exclusivamente para propósitos de estimativa de custos, refletindo a proporção de consultas de cada especialidade em relação ao total de consultas realizadas pela policlínica. Essa abordagem visa calcular os quantitativos de consultas, conforme ilustrado na figura abaixo:

POLICLÍNICA: POSSE			
DESCRIÇÃO		CRITÉRIO	QUANTIDADE
I. SERVIÇOS AMBULATORIAIS (c/ATM e c/ Mat/Med)			
I.1 Consultas médicas			
I.1.1 Anestesiologia		Consultas	36
I.1.2 Angiologia		Consultas	36
I.1.3 Cardiologia		Consultas	339
I.1.4 Dermatologia		Consultas	341
I.1.5 Endocrinologia		Consultas	402
I.1.6 Gastroenterologia		Consultas	172
I.1.7 Ginecologia		Consultas	168
I.1.8 Hematologia		Consultas	36
I.1.9 Infectologia		Consultas	96
I.1.10 Mastologia		Consultas	96
I.1.11 Médico Clínico Geral		Consultas	129
I.1.12 Nefrologia		Consultas	288
I.1.13 Neurologia		Consultas	249
I.1.14 Obstetrícia (Pré-natal de alto risco)		Consultas	96
I.1.15 Oftalmologia		Consultas	347
I.1.16 Ortopedia/Traumatologia		Consultas	735
I.1.17 Otorrinolaringologia		Consultas	168
I.1.18 Pediatria		Consultas	92
I.1.19 Pneumologia		Consultas	96
I.1.20 Proctologista		Consultas	66
I.1.21 Psiquiatria		Consultas	66
I.1.22 Reumatologia		Consultas	72
I.1.23 Urologia		Consultas	133
	TOTAL	Consultas	3.817
I.2 Consultas não médicas			
I.2.1 Assistente Social		Consultas	442
I.2.2 Enfermagem		Consultas	932
I.2.3 Farmacêutico		Consultas	29
I.2.4 Fisioterapia		Consultas	1.401
I.2.5 Fonoaudiologia		Consultas	77
I.2.6 Nutricionista		Consultas	427
I.2.7 Psicologia		Consultas	354
	TOTAL	Consultas	3.662

O custeio dos serviços: **Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, Consultas/procedimentos Odontológicos, Sessões de Hemodiálise e Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal** foi estimado multiplicando o número de consultas/procedimentos projetados no Anexo I pelo seu custo unitário, e demonstrado nos quadros abaixo:

Quadro I

Serviço	Quantitativo (Meta)
Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	72

Quadro II

Consultas odontológicas	Meta Mensal
Primeira Consulta	240
Consultas Subsequente	360
Total	600

Quadro III

Especialidades odontológicas mínimas	Meta Mensal

002293

002294

Procedimentos Básicos	110
Periodontia Especializada	80
Endodontia	60
Cirurgia Oral Menor	90

Quadro IV

Terapia Renal Substitutiva	Meta Mensal
Sessões Hemodiálise	936 sessões
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal	36

O custeio do **"Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutica (SADT)"** foi estimado multiplicando o número de exames pelo seu custo unitário, conforme metas estimadas no Anexo I, de acordo com a necessidade locorregional, demonstrado na figura abaixo:

POLICLÍNICA: POSSE			
DESCRIÇÃO		CRITÉRIO	QUANTIDADE
2. SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med)			
2.1 Análises Clínicas		Exame	5.488
2.2 Anatomia patológica		Exame	36
2.3 Audiometria		Exame	10
2.4 Colposcopia		Exame	10
2.5 Colonoscopia		Exame	50
2.6 Colposcopia		Exame	40
2.7 Densitometria Óssea		Exame	34
2.8 Doppler Vascular		Exame	175
2.9 Ecocardiografia		Exame	86
2.10 Eletroneurografia		Exame	80
2.11 Eletroencefalografia		Exame	10
2.12 Eletroneuromiografia		Exame	25
2.13 Emissões Otoacústicas		Exame	10
2.14 Endoscopia		Exame	75
2.15 Espirometria		Exame	10
2.16 Holter		Exame	87
2.17 Mamografia		Exame	84
2.18 MAPA		Exame	88
2.19 Nasofibroscopia		Exame	10
2.20 Punção aspirativa PAAF		Exame	10
2.21 Punção aspirativa por agulha grossa		Exame	10
2.22 Radiologia		Exame	531
2.23 Ressonância		Exame	247
2.24 Teste ergométrico		Exame	62
2.25 Tomografia		Exame	279
2.26 Ultrassonografia		Exame	367
2.27 Urodinâmica		Exame	10
2.28 Videolaringoscopia		Exame	10
	TOTAL	Exame	7.914

O quantitativo de Análises Clínicas foi estimado com base na média da produção realizada pela Unidade de Saúde, extraído do Relatório de Produção do Sistema KPIH, referente ao período de novembro de 2022 à outubro de 2023, acrescido de 10% (dez por cento).

A quantidade de exames de Anatomia patológica foram estimadas em 50% (cinquenta por cento) das Cirurgias menores ambulatoriais.

O valor estimado para locação de 1 (um) ônibus, com motorista e combustível, para o transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual da Região Nordeste II- Posse, com percurso médio estimado de 12.000km por ônibus/mês, foi estimado pelo menor preço encontrado na cotação por quilômetros rodados, na pesquisa realizada junto aos Sites Banco de Preços e Cotação 2Brita, conforme comprovantes (SEI nº 61719000).

O valor estimado para locação de 1 (uma) VAN, com motorista e combustível, para o transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual da Região Nordeste II- Posse, com percurso médio estimado de 12.000km por mês, foi estimado pela média dos preços encontrados na cotação por quilômetros rodados, na pesquisa realizada junto ao Site Banco de Preços, conforme comprovante (SEI nº 61719000).

VALOR MENSAL ESTIMADO

Considerando a metodologia de custeio por absorção utilizada, os serviços ofertados, verificados *in loco* e os cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização da **Policlínica Estadual da Região Nordeste II - Posse** é de **R$ 3.048.696,50 (três milhões, quarenta e oito mil seiscentos e noventa e seis reais e cinquenta centavos)** no percentil **P50**.

O montante total estimado a ser repassado para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na **Policlínica Estadual da Região Nordeste II - Posse** para o período de **06 (seis) meses** é de **R$ 18.292.179,00 (dezoito milhões, duzentos e noventa e dois mil cento e setenta e nove reais)**.

Para melhor elucidação dos valores encontrados, apresenta-se a tabela abaixo. Destaca-se que se trabalhou com o arredondamento na numeração decimal, conforme ABNT 5891:

002295

002296

POLICLÍNICA: POSSE

DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	QUANTIDADE	Custo unitário PJS	Custo unitário PSH	Custo unitário PJS	Pessoal alocado - PJS		
						Custo total PJS	Custo total PSH	Custo total PJS
1. SERVIÇOS AMBULATORIAIS (c/HM e c/ Mat/Med)								
1.1 Consultas médicas								
1.1.1 Anestesiologia	Consultas	36	109,18	122,45	148,79	5.910,00	6.608,20	5.356,20
1.1.2 Angiologia	Consultas	84	186,89	192,42	410,95	10.800,56	16.127,12	34.519,64
1.1.3 Cardiologia	Consultas	333	93,09	104,93	149,31	26.831,64	34.941,69	49.716,23
1.1.4 Dermatologia	Consultas	241	98,83	104,20	145,89	21.698,08	25.105,72	35.155,49
1.1.5 Endocrinologia	Consultas	402	92,97	126,11	111,99	37.373,90	50.696,22	45.019,98
1.1.6 Gastroenterologia	Consultas	172	94,56	116,09	153,75	16.264,32	19.968,60	26.273,00
1.1.7 Ginecologia	Consultas	168	123,89	146,63	212,97	20.818,52	24.598,84	35.116,96
1.1.8 Hematologia	Consultas	36	105,00	121,41	175,17	3.911,40	4.530,76	6.306,12
1.1.9 Infectologia	Consultas	36	245,01	287,58	393,35	8.820,72	10.352,88	14.160,60
1.1.10 Mastologia	Consultas	93	81,15	109,68	149,92	7.547,80	10.200,83	13.939,04
1.1.11 Médico Clínico Geral	Consultas	129	98,25	287,03	257,48	12.671,41	37.127,84	38.274,91
1.1.12 Nefrologia	Consultas	184	94,91	136,59	178,51	26.590,32	37.587,15	50.476,86
1.1.13 Neurologia	Consultas	249	109,43	135,70	161,83	27.253,01	33.789,30	41.289,67
1.1.14 Obstetrícia (Pré-natal de alto risco)	Consultas	36	123,89	188,83	262,97	4.460,04	6.798,68	9.466,92
1.1.15 Oftalmologia	Consultas	247	90,52	113,23	134,77	22.358,44	27.972,03	33.293,19
1.1.16 Ortopedia/Traumatologia	Consultas	716	78,19	101,97	174,17	55.966,08	73.010,12	99.193,13
1.1.17 Otorrinolaringologia	Consultas	184	98,22	108,09	138,14	18.236,92	19.896,86	25.417,76
1.1.18 Pediatria	Consultas	92	211,74	299,09	411,85	20.071,36	23.836,28	37.896,20
1.1.19 Pneumologia	Consultas	36	91,72	129,01	163,01	3.445,92	4.636,38	5.868,30
1.1.20 Proctologista	Consultas	84	94,18	117,41	144,01	9.389,76	11.236,76	14.377,68
1.1.21 Psiquiatria	Consultas	66	143,96	325,56	383,21	9.877,56	21.486,96	25.291,86
1.1.22 Reumatologia	Consultas	72	107,16	133,98	218,64	7.825,98	9.626,76	15.742,72
1.1.23 Urologia	Consultas	111	82,52	99,40	114,29	9.159,72	11.030,73	12.684,19
	TOTAL	Consultas	3.837			378.538,57	509.067,65	664.589,52
1.2 Consultas não médicas								
1.2.1 Assistente Social	Consultas	443	70,04	90,62	119,15	31.031,72	40.148,84	52.804,30
1.2.2 Enfermagem	Consultas	912	70,54	92,89	109,45	65.729,98	77.197,56	101.907,40
1.2.3 Farmacêutico	Consultas	29	96,25	121,99	140,48	2.791,25	3.537,71	4.073,92
1.2.4 Fisioterapia	Consultas	1.401	42,05	55,46	68,59	60.032,85	77.587,28	96.094,59
1.2.5 Fonoaudiologia	Consultas	77	70,90	94,84	111,81	5.459,30	7.302,68	12.111,37
1.2.6 Nutricionista	Consultas	427	46,84	60,52	113,56	19.854,68	25.612,84	48.710,12
1.2.7 Psicologia	Consultas	514	71,74	87,46	111,39	35.335,36	40.367,32	41.241,23
	TOTAL	Consultas	3.443			213.555,64	258.335,13	357.238,92
1.3 Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	Procedimento	72	216,29	428,87	595,74	17.156,88	30.878,64	38.646,72
1.4 Consultas/procedimentos (obstetrícia/pré-natal)								
1.4.1 Consultas obstetrícia/pré-natal	Consultas	600	107,68	127,74	211,81	64.608,00	76.644,00	127.086,00
1.4.2 Procedimento básico	Procedimento	120	107,68	127,74	211,81	12.844,80	15.328,80	25.297,20
1.4.3 Parcelamento	Procedimento	90	107,68	127,74	211,81	9.691,20	11.496,60	19.063,90
1.4.4 Exodontia	Procedimento	60	107,68	127,74	211,81	6.460,80	7.664,40	12.708,60
1.4.5 Cirurgia oral menor	Procedimento	90	107,68	127,74	211,81	9.691,20	11.496,60	19.063,90
						103.296,00	122.630,40	203.219,60
2. SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med)								
2.1 Análises Clínicas	Exame	5.400	8,76	12,35	20,47	47.304,00	66.690,00	110.538,00
2.2 Anatomia patológica	Exame	36	58,91	79,05	114,17	2.120,76	2.845,80	4.110,12
2.3 Audiometria	Exame	20	27,96	35,92	52,62	279,60	359,20	526,20
2.4 Colonoscopia	Exame	10	323,59	335,62	570,62	3.235,90	3.356,20	5.706,20
2.5 Colposcopia	Exame	50	403,12	498,96	894,71	20.156,00	24.947,80	44.735,50
2.6 Colposcopia	Exame	40	184,55	234,86	345,13	7.382,40	9.394,40	13.805,20
2.7 Densitometria Óssea	Exame	30	99,01	100,88	174,76	2.970,30	3.026,40	5.242,80
2.8 Doppler Vascular	Exame	175	105,45	132,75	193,59	18.420,75	23.231,25	34.382,25
2.9 Ecocardiografia	Exame	96	124,78	158,46	211,51	10.231,68	13.015,56	16.177,66
2.10 Eletrocardiografia	Exame	80	42,19	60,19	77,43	3.375,20	4.815,20	6.194,40
2.11 Eletroencefalografia	Exame	20	123,19	160,94	207,20	2.463,80	3.218,80	4.144,00
2.12 Eletroneuromiografia	Exame	25	173,11	218,91	314,42	4.327,75	5.472,75	7.860,50
2.13 Estudos Otoneurológicos	Exame	20	27,96	35,92	52,62	559,20	718,40	1.052,40
2.14 Eletrocepto	Exame	75	345,59	468,46	614,04	25.919,25	35.134,50	46.053,00
2.15 Espirometria	Exame	20	40,00	51,84	79,90	800,00	1.036,80	1.598,00
2.16 Holter	Exame	97	112,14	139,58	183,63	10.878,58	13.539,26	17.812,11
2.17 Mamografia	Exame	84	90,47	116,29	163,20	7.599,48	9.768,36	13.708,80
2.18 MAPA	Exame	88	93,03	130,05	212,47	8.186,64	11.444,40	18.697,36
2.19 Nasofibroscopia	Exame	30	96,22	148,45	233,70	2.886,60	4.453,50	7.011,00
2.20 Função espirativa PAAF	Exame	20	214,10	288,22	387,14	4.282,00	5.764,40	7.742,80
2.21 Função espirativa por agulha grossa	Exame	20	214,10	288,22	387,14	4.282,00	5.764,40	7.742,80
2.22 Radiologia	Exame	911	51,39	94,75	153,56	56.180,29	83.087,25	56.974,50
2.23 Ressonância	Exame	247	345,45	448,37	611,02	34.955,22	56.557,39	52.323,94
2.24 Teste ergométrico	Exame	62	504,45	715,34	887,51	10.257,90	13.041,08	17.813,22
2.25 Tomografia	Exame	170	324,67	433,57	613,89	34.782,31	13.013,01	70.915,31
2.26 Ultrassonografia	Exame	967	75,28	100,52	140,97	27.627,76	36.744,24	48.061,99
2.27 Urodinâmica	Exame	30	404,93	488,02	673,01	3.038,20	4.830,20	6.715,19
2.28 Videolaringoscopia	Exame	20	90,13	148,45	233,70	951,30	1.484,50	2.387,00
	TOTAL	Exame	7.936			328.422,51	436.186,67	615.236,80
3. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (c/HM e c/ Mat/Med)								
3.1 Hemodiálise	Sessão	995	1.279,48	1.823,18	1.666,38	1.187.591,20	1.519.256,48	1.558.741,04
3.2 Pct de reviramento de diálise peritoneal	Ciclo	36	1.279,48	1.823,18	1.666,38	46.061,28	58.634,48	59.989,09
						1.269.654,56	1.577.790,96	1.618.731,08
4. TRANSPORTE DE PACIENTES								
4.1 Locação de 1 (um) Ônibus (mín. 20 lugares)	Km	12.000	5,30	5,30	5,30	70.000,00	70.000,00	70.000,00
4.2 Locação de 1 (um) Van (mín. 15 lugares)	Km	12.000	3,72	3,72	3,72	44.640,00	44.640,00	44.640,00
						114.640,00	114.640,00	114.640,00
CUSTO MENSAL ESTIMADO						2.353.041,96	3.068.896,53	3.638.071,71
CUSTO GLOBAL DE 6 (SEIS) MESES						14.118.251,76	18.413.379,00	21.828.430,24

1 - Utilizado o relatório do Painel Comparativo de Custos (SEI) no período de 1/2/2023 a 6/2/2023 da Policlínica de POSSE, base GHV, para precificação das linhas de contratação.

2 - Grupos de Despesas Gerais não foram precificados por ser um procedimento que deverá ser realizado no ato da consulta/Procedimento, estando assim embutidos nos valores das consultas/Procedimentos.

3 – Para precificação da Locação de Ônibus, foi utilizado o menor preço encontrado na pesquisa, sendo PE nº 13/2023, UASG nº 160083, Ministério da Defesa 17/07/2023.

4 – Para precificação da VAN, foi utilizado a média dos valores encontrados na Pesquisa junto ao site Banco de Preços Públicos.

002297

002298

a utilização e relatório de análise comparativa de custos com os preços de aquisição de novos, seja em, para prestação de serviços hospitalares.

CERTIFICAÇÃO DE QUE OS VALORES CALCULADOS ESTÃO ADSTRITOS AO CUMPRIMENTO DOS RESULTADOS ESPERADOS

Informa-se que a composição do custeio baseou-se no Anexo Técnico I, sendo compilado e demonstrado por esta Gerência de Custos neste Anexo Técnico IV.

O mencionado Anexo Técnico I foi exarado pelas Superintendências de Políticas e Atenção Integral à Saúde - SPAIS e de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG, que conforme suas expertises técnicas, definiram as linhas assistenciais mais adequadas para a unidade de saúde, levando-se em consideração o seu perfil assistencial e a região abrangida.

Em momento subsequente, esta Gerência de Custos realizou a Estimativa de Custeio Operacional da unidade, que levou em conta os serviços indicados pelas referidas Superintendências, sua produção média e capacidade instalada, tal procedimento se deu no bojo deste Anexo IV, que explica, de forma detalhada, todas as peculiaridades envolvidas na sistemática da precificação, tais quais a utilização do percentil, memória de cálculo e valores mensais estimados.

Considerando ainda a Natureza de Fomento do Termos de Colaboração, que pressupõe repasses prévios por parte da Administração, buscou-se calcular um valor realista que não permita falta de recursos na unidade e consequente desassistência, e também a evitar repasses desnecessários. Contudo, há de se ponderar que os gastos das unidades sofrem variações ao longo do tempo e de acordo com a decorrência do aumento ou diminuição das demandas.

Ressalta-se também que, ao longo da execução do termo, há a possibilidade de se adequar o repasse às necessidades da unidade, para correção de alguma distorção superveniente. Esta situação é natural ao se considerar a natureza de fomento dos Termos de Colaboração.

Assim, **certificamos** que os valores calculados estão adstritos ao cumprimento dos resultados esperados, e que não há excesso que implique em desperdício ao erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, bem como o montante pecuniário estimado foi calculado obedecendo às necessidades de custeio dos serviços a serem prestados na **Policlínica Estadual da Região Nordeste II - Posse**.

Referência Bibliográfica:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia. Ed. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006.

Ávila MAG, Fusco SFB, Gonçalves IR, Caldeira SM, Padovani CR, Yoo HHB. Tempo de limpeza e preparo de sala: relação com o porte cirúrgico e perspectivas profissionais. Rev Gaúcha Enferm. 2014 jun;35(2):131-139. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42525.

Anexo nº V - SISTEMA DE REPASSE - SES/GEC - 21282

REGRAS E CRONOGRAMA DE REPASSE

Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

A atividade assistencial será pactuada conforme Anexo I - Especificações Técnicas **Policlínica Estadual da Região Nordeste II - Unidade Posse**, da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde – SPAIS elaborado em conjunto com a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG.

Para o funcionamento da **Policlínica Estadual da Região Nordeste II - Posse** foram considerados as seguintes linhas de serviços, para definição da produção estimada:

Atendimento Ambulatorial Médicas e Não Médicas (primeira consulta, interconsulta, consultas subsequentes (retornos), processos terapêuticos realizados por equipe multiprofissional);

Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais;

Consultas/Procedimentos Odontológicos;

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT: contemplará os pacientes atendidos na Policlínica e também será disponibilizado para a Rede de Saúde; e,

Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal).

As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

Além das atividades de rotina, a Policlínica poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO I - Descritivo de Serviços.

PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Caso, ao longo da vigência do Termo, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Termos de Colaboração.

O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da **SES/GO, Portaria nº 426/2021** ou outra norma vigente.

Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as **justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO**, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

002299

002300

Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do Termos de Colaboração, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização da Policlínica pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no ANEXO I.

SISTEMA DE REPASSE

Considerando a metodologia de custeio por absorção utilizada, os serviços ofertados, verificados in loco e os cálculos realizados para a projeção de atendimentos, **o custeio mensal estimado** para a operacionalização da **Policlínica Estadual da Região Nordeste II - Posse** é de **R$ 3.048.696,30 (três milhões, quarenta e oito mil seiscentos e noventa e seis reais e cinquenta centavos)** no percentil *P50*.

Do valor mensal, a parte fixa de 90% (noventa por cento) corresponde ao valor de **R$ 2.743.826,85 (dois milhões, setecentos e quarenta e três mil oitocentos e vinte e seis reais e oitenta e cinco centavos)** e, para o período de **6 meses**, o valor de **R$ 16.462.961,10 (dezesseis milhões, quatrocentos e sessenta e dois mil novecentos e sessenta e um reais e dez centavos).**

Do valor mensal, a **parte variável de 10% (dez por cento)** corresponde ao valor **R$ 304.869,65 (trezentos e quatro mil oitocentos e sessenta e nove reais e sessenta e cinco centavos),** e, para o período de **6 meses**, corresponde ao valor de **R$ 1.829.217,90 (um milhão, oitocentos e vinte e nove mil duzentos e dezessete reais e noventa centavos),** sendo vinculado à avaliação dos **indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo.

Os repasses mensais poderão ser objeto de desconto caso não atinjam as metas estabelecidas para os indicadores de produção (modalidade de pactuação das atividades assistenciais) e indicadores de Desempenho, assim, os percentuais de repasse serão de acordo com a tabela abaixo:

TABELA I - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO - 90% DO TERMO		
	MODALIDADE DE PACTUAÇÃO - METAS DE PRODUÇÃO	**PORCENTAGEM (%)**
1	Consultas médicas na atenção especializada	17,35
2	Consultas não médicas/multiprofissionais na atenção especializada	8,80
3	Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	1,05
4	Consultas/Procedimento Odontológicos	4,14
5	Clínica de Serviços Dialíticos	53,80
6	Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico - SADT	14,86
	Total	**100%**

As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 26.1.2 já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio descrita no Anexo IV.

Os pagamentos mensais dar-se-ão em conformidade com todo o disposto nos anexos IV e V.

Em todos os casos, a avaliação dos indicadores de desempenho será realizada trimestralmente, ou antes, mensalmente, diante da necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde procederá também à análise dos dados ainda não homologados via SIGUS, assim como dos relatórios gerenciais, enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Termos de Colaboração.

O Sistema Integrado das Unidades de Saúde – SIGUS disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessários ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pela Policlínica Estadual da Região Nordeste II - Unidade Posse** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

A cada 06 (seis) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Termos de Colaboração, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, em andamento nas comissões, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos. E deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, ou antes, mensalmente, diante de necessidade da Secretaria de Estado de Saúde, podendo gerar um ajuste financeiro a menor no mês ou meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador.

A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados no mês ou meses subsequentes à análise dos indicadores.**

Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados, que estejam previstos neste ajuste.

A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores de quantitativos e de desempenho.

Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas**, a Organização da Sociedade Civil receberá prazo de 05 (cinco) dias corridos para defesa e contraditório.

Na medida em que os indicadores estiverem todos homologados no SIGUS, a OSS terá o prazo de 02 (dois) dois dias úteis do mês subsequente para apresentar defesa e contraditório.

Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão - COMACG fornecerá o parecer para anuência da gestão superior (Superintendência/Subsecretaria) e convalidação do Gestor da Pasta.

002301

002302

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios gerenciais de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao período avaliado.

Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Termos de Colaboração, acordada entre as partes nas respectivas reuniões de Monitoramento e Avaliação.

A análise deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Termos de Colaboração em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do **PARCEIRO PRIVADO**, o número de inscrição o CNPJ/MF, o número de Termos de Colaboração, a denominação da unidade hospitalar administrada, a descrição do serviço prestado, os componentes deste serviço, o período de execução dos serviços e o número de horas aplicadas ao termo, quando couber.

O **PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente**, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

CRITÉRIOS DE REPASSE

AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL - 90% DO TERMOS DE COLABORAÇÃO

Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, mensalmente, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

A avaliação e análise das atividades pactuadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na *Tabela II - Repasse da atividade realizada conforme percentual de volume pactuado*, para o gerenciamento da **Policlínica Estadual da Região Nordeste II- Unidade Posse**.

Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao PARCEIRO PRIVADO, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II a seguir apresentada:

TABELA II – REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME PACTUADO, PARA O GERENCIAMENTO DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE II - UNIDADE POSSE

MODALIDADE DE PACTUAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Atendimento Ambulatorial Médicos Peso 17,35%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das internações
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das internações
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado as internações
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as internações
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinados as internações
Atendimento Ambulatorial Não Médicos Peso 8,80%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do peso percentual das cirurgias
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as cirurgias
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado as cirurgias
Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais Peso 1,05%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual dos procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual dos procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do peso percentual dos procedimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado aos procedimentos
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado aos procedimentos
Consultas/Procedimentos Odontológicos Peso 4,14%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado aos atendimentos

002303

002304

SADT Peso 14,86%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual dos exames/procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual dos exames procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
Serviços Dialíticos Peso 53,80%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual do serviço de hemodiálise
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual do serviço de hemodiálise
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do peso percentual do serviço de hemodiálise
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do peso percentual do serviço de hemodiálise
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do peso percentual do serviço de hemodiálise

AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO - 10% DO TERMOS DE COLABORAÇÃO

Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico I – **Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago.

Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados no mês ou nos meses subsequentes ao período de avaliação, que ocorrerá **em regime trimestral ou antes, mensal, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

Cada indicador de Desempenho acima descrito terá avaliada a sua performance calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$PCM = \frac{VA \times 100}{VM}$$

Onde:

PCM= Percentual de Cumprimento de Meta;

VA= Valor Atingido;

VM= Valor da Meta.

Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$PCM = [1 - [(VA - VM) / VM]] \times 100$$

Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela III a seguir.

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	10
80,00% até 89,99%	9
70,00% até 79,99%	8
60,00% até 69,99%	7
50,00% até 59,99%	6
< 50%	0

A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir:

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

002305

002306

O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100%
9 a 9,9 pontos	100%
8 a 8,9 pontos	90%
7 a 7,9 pontos	80%
6 a 6,9 pontos	70%
5 a 5,9 pontos	60%
Menor que 5 pontos	ZERO

A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSC. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** em seu site eletrônico, para análise por meio de *link (gerado pela OSC)* a ser direcionado por meio de acesso ao *IDS* Transparência no site da SES/GO.

A Organização da Sociedade Civil deverá atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2009, às Leis de Acesso à Informação Federal nº 12.527/11 e Estadual nº 18.025/13, à Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás e à Instrução Normativa nº 1/2019 da Controladoria-Geral do Estado de Goiás.

Poderão ser aplicadas penalidades ao **PARCEIRO PRIVADO** em caso de reincidência no descumprimento das solicitações quanto ao portal da transparência e em concordância com regulamentação definida pela SES-GO.

É esse, portanto, o sistema de repasse para a presente unidade definido pela SES/GO.

Documento assinado eletronicamente por **ANDRÉ FONSECA LEME**, **Usuário Externo**, em 25/07/2024, às 17:19, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 25/07/2024, às 19:55, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **62869953** e o código CRC **5814D22F**.

Referência: Processo nº 202400010044191

002307

002308

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Termo de Colaboração nº 88/2024 - SES

Processo nº 202400010044543

Termo de Colaboração, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – IMED, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa, localizada na Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa - GO.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, **RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR**, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº M-4 233.587/SSP-MG, inscrito no CPF nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO – IMED, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, inscrita no CNPJ sob o nº 10.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, 202, conjunto 33, Bairro Bela Vista, São Paulo-SP, CEP 01332-000, neste ato representado por **ANDRÉ FONSECA LEME**, portador da CI/RG nº 20.737-340 SSP/SP, inscrito no CPF nº 275.226.198-58, residente e domiciliado em São Paulo-SP.

RESOLVEM, na forma da Lei Federal nº 13.019/2014 e seus Anexos, celebrar o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

1.1. O presente Termo de Colaboração reger-se-á por toda a legislação aplicável à espécie, e ainda pelas disposições que a completarem, cujas normas, desde já, entendem-se como integrantes deste, em especial pelas normas gerais da Lei Federal nº 13.019/2014, a Lei estadual nº 22.511/2023 e ao Decreto estadual nº 10.356/2023, aos quais o **PARCEIRO PRIVADO** declara conhecer e se obriga a respeitar, ainda que não transcritas neste instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO

2.1 O presente Termo de Colaboração tem por objeto o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de no mínimo 12 horas diárias na **Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa**, localizada na Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa, CEP: 73.805-201, no Estado de Goiás, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e Anexos Técnicos, parte integrante da **Dispensa de Chamamento Público**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

3.1. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO**:

3.1.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Plano de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** exclusivamente na execução do seu objeto.

3.1.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.6. Gravar com cláusula de inalienabilidade os equipamentos e materiais permanentes adquiridos com recursos provenientes deste Termo de Colaboração e formalizar promessa de transferência da propriedade à administração pública, na hipótese de sua extinção.

3.1.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração.

3.1.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas.

3.1.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução.

3.1.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceria, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

002309

002310

3.1.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas.

3.1.12. Prover os serviços e os equipamentos e garantir o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e do Plano de Trabalho.

3.1.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso.

3.1.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e no Plano de Trabalho.

3.1.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento.

3.1.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, necessários à execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, observando os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo, devendo ainda:

3.1.16.1. prever a realização de procedimentos abertos e acessíveis ao público, com prazo mínimo de 5 (cinco) dias úteis entre a publicação e o envio das propostas no caso de contratações comuns e 10 (dez) dias úteis para contratações complexas e/ou de grande vulto;

3.1.16.2. prever que a vigência dos contratos com terceiros celebrados pela organização da sociedade civil estejа limitado a vigência deste Termo de Colaboração e seus aditivos.

3.1.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da publicação deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, às compras e aos serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

3.1.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas.

3.1.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da publicação deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados no Plano de Trabalho apresentado.

3.1.20. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar as modalidades de contratação de mão de obra permitidas na legislação brasileira, inclusive o previsto na Lei federal nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, com a redação dada pela Lei federal nº 13.429, de 31 de março de 2017, para contratar recursos humanos para atividades meio e fim do objeto do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, incluindo-se aí as atividades assistenciais das unidades de saúde.

3.1.21. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento.

3.1.22. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas no Plano de Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.

3.1.23. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO,** desde que não sejam superiores ao teto estabelecido no art. 92 da Constituição Estadual.

3.1.24. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

3.1.25. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis.

3.1.27. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mesmo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações.

3.1.28. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Plano de Trabalho.

3.1.29. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação.

3.1.30. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.31. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência.

3.1.32. Manter, durante a execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas na **Dispensa de Chamamento Público**.

3.1.33. Manter durante a execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado no Plano de Trabalho;

3.1.34. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.1.35. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.35.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.36. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas.

3.1.37. Emitir e apresentar prestação de contas parciais, ao término de cada exercício, no prazo de até 90 dias, ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, ao **PARCEIRO PÚBLICO**, devidamente aprovada pela Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada no Anexo II deste termo.

3.1.38. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros.

002311

002312

3.1.39. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros.

3.1.40. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização.

3.1.41. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989).

3.1.42. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas.

3.1.43. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, com envio mensal de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.43.1. Verificar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.1.44. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior.

3.1.45. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Monitoramento e Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes.

3.1.45.1. A ausência de resposta, ou mesmo a inobservância ao prazo assinalado para fornecimento das informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, além de constituir em infração ao presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, poderá ser enquadrada na conduta descrita no inciso V do art. 5º da Lei nº 18.672/2014, disposto: "dificultar atividade de investigação ou fiscalização de órgãos, entidades ou agentes públicos, ou intervir em sua atuação, inclusive no âmbito das agências reguladoras e dos órgãos de fiscalização estaduais", aplicáveis nos termos da referida Lei, à pessoa jurídica aos seus administradores e dirigentes, bem como os agentes que, na prática, exerçam atos característicos de gestão, ainda que não constem formalmente como administradores.

3.1.46. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor.

3.1.47. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria.

3.1.48. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas.

3.1.49. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em contas bancárias específicas isentas de tarifa bancária, conforme item 8.8, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado.

3.1.50. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintos e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas.

3.1.51. Possuir um CNPJ específico (filial) e contas bancárias individualizadas para cada TERMO DE COLABORAÇÃO.

3.1.51.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá observar as normas para movimentação dos recursos transferidos pela SES aos Parceiros Privados, instituídas mediante a Portaria nº 994/2023 - SES.

3.1.51.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá abrir contas correntes bancárias específicas isentas de tarifa bancária na Caixa Econômica Federal, agência 0012 (Agência Anhanguera), nos termos do item 8.8 deste Termo, apresentando o extrato zerado à Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios.

3.1.51.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá providenciar a abertura do CNPJ específico (filial) e contas bancárias individualizadas de que trata o item 3.1.51 no prazo de até 60 (sessenta) dias, após a assinatura do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.52. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

3.1.53. Manter, pelo período mínimo de 10 (dez) anos, contado do dia útil subsequente ao da prestação de contas, no mínimo, os documentos originais que compõem a prestação de contas, conforme Anexo II deste termo.

3.1.53.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001.

3.1.54. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo.

3.1.55. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

3.1.56. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

3.1.56.1. Encaminhar mensalmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão;

3.1.56.2. A responsabilidade pelos pagamentos estabelecidos no item 3.1.56 é exclusiva do **PARCEIRO PRIVADO**, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do **PARCEIRO PÚBLICO** a inadimplência da organização da sociedade civil em relação aos referidos pagamentos, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/14.

3.1.57. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

3.1.57.1. A responsabilidade pelos pagamentos estabelecidos no item 3.1.57 é exclusiva do **PARCEIRO PRIVADO**, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do **PARCEIRO PÚBLICO** a inadimplência da organização da sociedade civil em relação aos referidos pagamentos, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/14.

3.1.58. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do parceiro público.

3.1.59. Atender as metas pactuadas e definidas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.60. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave.

3.1.61. Enviar mensalmente à Central informatizada de Controle das Parcerias mídia digital contendo os registros das despesas realizadas.

3.1.62. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria.

3.1.63. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior.

002313

002314

3.1.64. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria.

3.1.65. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de qualquer contribuições ou taxas.

3.1.66. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros.

3.1.67. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros.

3.1.68. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal.

3.1.69. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de qualquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias.

3.1.70. Avaliar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los.

3.1.71. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido.

3.1.72. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas.

3.1.73. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **TERMO DE COLABORAÇÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados no item 14 deste termo.

3.1.74. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

3.1.75. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e no Plano de Trabalho.

3.1.76. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do **TERMO DE COLABORAÇÃO** a que alude, a confirmação pelo **PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

3.1.77. Cumprir rigorosamente a Lei Federal nº. 13.019/2014;

3.1.78. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 8.11.

3.1.79. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei Nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

3.1.80. Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público.

3.1.81. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter todas as condições de habilitação fiscal e trabalhista previstas na Lei nº 13.019/14 durante o curso do presente TERMO.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

4.1. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

4.2. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Nona deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

4.3. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra.

4.4. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

4.5. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

4.6. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

4.7. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelo Poder Público Estadual, mormente o disposto no art. 71 da Lei nº 20.756/2020, bem como no §1º do art.42 c/c art. 142 da Constituição Federal.

4.8. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal.

4.9. Nomear Comissão de Monitoramento e Avaliação deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**;

4.10. Manter o processo de **Dispensa de Chamamento Público** do **PARCEIRO PRIVADO**, bem como da contratação e da execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

4.11. Manter os processos de prestação de contas deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 10 (dez) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

4.12. Manter o processo de rescisão da parceria, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contendo, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

4.13. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **TERMO DE COLABORAÇÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados no **ANEXO III AO TERMO DE COLABORAÇÃO**.

4.14. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados abaixo:

4.14.1. Parecer conclusivo, emitido pelo responsável pelo órgão ou entidade supervisora, com descrição da análise efetuada sobre as contas, atestando a regularidade da aplicação dos recursos públicos repassados à entidade no decorrer do exercício, evidenciando, dentre outras informações:

I - Identificação da entidade contratada com as seguintes informações:

a) razão social;

b) CNPJ;

c) natureza jurídica;

002315

002316

d) área de atuação;

e) sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet);

II - declaração que recebeu a prestação de contas pela organização da sociedade civil assinada por seu dirigente máximo contendo a data da apresentação e o período de referência;

III - objeto e vigência do termo de colaboração;

IV - comparativo entre os valores pactuados mensais e os efetivamente repassados durante o exercício com as justificativas de eventuais diferenças;

V - comparativo entre os valores efetivamente repassados nos últimos três exercícios, quando houver;

VI - comparativo do gasto anual com pessoal em relação aos gastos dos últimos dois exercícios, quando houver, identificando separadamente as despesas com contratados e cedidos e respectivos encargos;

VII - demonstração da vantajosidade efetivamente obtida com a descentralização da prestação do serviço público, a qual deverá abranger a economia financeira e ganhos de eficiência técnica, de forma a evidenciar a relação custo-benefício e fazendo, ainda, referência às metas e indicadores estabelecidos;

VIII - comparativo das metas previstas e realizadas, contemplando:

a) indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas;

b) a execução dos programas de trabalho proposto pela Organização da Sociedade Civil, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas;

c) indicadores de gestão que permitam aferir a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade da atuação da entidade, levando-se em conta os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição;

d) as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas.

IX - irregularidades detectadas na execução do termo de colaboração e eventuais sanções aplicadas;

X - informações acerca da abertura de tomada de contas especial durante o exercício;

XI - informações sobre a publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do termo de colaboração, contendo a data de publicação;

XII - endereço da página do sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet) onde se encontram divulgados os relatórios emitidos pela comissão de monitoramento e avaliação;

XIII - cumprimento das determinações expedidas pelo Tribunal de Contas e pela Controladoria-Geral do Estado, caso haja.

4.14.2. Relatório da auditoria externa, sobre as Demonstrações Contábeis, no sentido de verificar se estas refletem adequadamente a posição patrimonial e financeira, o resultado das operações, as mutações do patrimônio líquido e os fluxos de caixa da contratada examinada, bem como em relação à evolução do passivo trabalhista e/ou previdenciário e o seu impacto nas contas auditadas.

4.14.3. Certificado de Auditoria do órgão central de controle interno, evidenciando os aspectos de eficácia, eficiência, efetividade, economicidade, legalidades e legitimidade na execução do termo de colaboração.

4.14.4. Nota técnica do órgão central de controle interno, a ser enviada diretamente ao Tribunal, por meio do Portal TCEfiles, disponível no endereço www.tce.go.gov.br, evidenciando a aplicabilidade dos indicadores quanto aos aspectos de eficácia, eficiência, efetividade, economicidade, bem como a legalidade e legitimidade do processo de prestação de contas do termo de colaboração, além da avaliação quanto:

a) à adequada formalização e tempestividade na prestação de contas anual, inclusive sua disponibilização aos órgãos competentes em homenagem ao princípio da transparência pública;

b) aos trabalhos desenvolvidos pela comissão de monitoramento e avaliação, realizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

4.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão adotados.

CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

5.1. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

5.2. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação.

5.3. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

5.4. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais;

5.5. Divulgar as ações/resultados advindos do **TERMO DE COLABORAÇÃO** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

5.6. Divulgar pela internet os meios de representação sobre a aplicação irregular dos recursos envolvidos na parceria.

CLÁUSULA SEXTA – DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, E DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

6.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** promoverá o monitoramento e a avaliação do cumprimento do objeto da parceria por meio da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la).

6.1.1. Para a implementação do disposto no item anterior, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá valer-se do apoio técnico de terceiros, delegar competência ou firmar parcerias com órgãos ou entidades que se situem próximos ao local de aplicação dos recursos.

6.2. Diariamente, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) deverá acompanhar os dados inseridos pela organização da sociedade civil nos sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

6.3. Mensalmente, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) emitirá relatório parcial de execução do objeto, em que avaliará:

6.3.1. o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas, de que trata o item 3.1.36;

6.3.2. o relatório de produção extraídos dos sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

6.3.3. os indicadores de desempenho extraídos dos sistemas informatizados de gestão adotados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

6.3.4. cumprimento das obrigações trabalhistas.

002317

002318

6.4. Trimestralmente, ou em prazo inferior conforme determinado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) procederá a consolidação dos relatórios parciais de execução do objeto do período findo, com a indicação dos valores a serem glosados, se for o caso, devendo encaminhá-lo ao Gestor do termo de colaboração.

6.5. Semestralmente, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) emitirá relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, e o submeterá à Comissão de Monitoramento e Avaliação designada, que o homologará, independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas devida pela organização da sociedade civil.

6.5.1. O relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, deverá conter:

a) descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;

b) análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho;

c) valores efetivamente transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

d) análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela organização da sociedade civil na prestação de contas, quando não for comprovado o alcance das metas e resultados estabelecidos no respectivo termo de colaboração;

e) análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

6.6. O **PARCEIRO PÚBLICO** designará a Comissão de Monitoramento e Avaliação através de Portaria expedida pelo titular da Secretária de Estado da Saúde, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura do Termo de Colaboração.

6.7. Os resultados atingidos com a execução deste termo de colaboração obtidos na forma dos itens 6.3, 6.4 e 6.5, nortearão as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO.**

6.8. O **PARCEIRO PÚBLICO** promoverá o acompanhamento e a fiscalização da parceria por meio de Gestor/Suplente designado através de Portaria expedida pelo titular da Secretária de Estado da Saúde, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura do **TERMO DE COLABORAÇÃO.**

6.8.1. O Gestor, poderá solicitar a designação de um ou mais Fiscais/Suplantes para prestar apoio técnico e operacional, especialmente quando a execução ocorrer em município diverso de sua lotação e/ou demandarem conhecimentos técnicos específicos.

6.8.1.1. A designação do(s) Fiscal(ais) deverá ocorrer por meio de Portaria expedida pelo titular da Secretaria de Estado da Saúde.

6.9. São obrigações do Gestor:

6.9.1. acompanhar e fiscalizar a execução da parceria;

6.9.2. informar ao seu superior hierárquico a existência de fatos que comprometam ou possam comprometer as atividades ou metas da parceria e de indícios de irregularidades na gestão dos recursos, bem como as providências adotadas ou que serão adotadas para sanar os problemas detectados;

6.9.2.1. as irregularidades cometidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** ao longo da execução da parceria serão preliminarmente apuradas pela área técnica responsável pela gestão e/ou fiscalização, que notificará a parceira privada para que, no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados do recebimento do aviso, apresente justificativas ou providencie a regularização.

6.9.2.2. providenciada a regularização ou acatada a justificativa, a área técnica competente emitirá despacho fundamentado, indicando os motivos de fato e de direito que levaram ao seu acolhimento, encaminhando-o ao Titular da Pasta para conhecimento e decisão.

6.9.2.3. não havendo a regularização e/ou negada a justificativa, havendo indícios suficientes de materialidade capazes de ensejar a aplicação de sanção, nos termos estabelecidos no ajuste, e demais normas pertinentes, a área técnica competente emitirá relatório sucinto descrevendo os fatos e as condutas irregulares eventualmente praticadas pela parceira privada e submeterá ao Titular da Pasta para instauração do Processo de Responsabilização por descumprimento da parceria, em autos apartados do principal.

6.9.3. emitir parecer técnico conclusivo de análise da prestação de contas final, levando em consideração o conteúdo do relatório técnico de monitoramento e avaliação de que trata o item 6.5.

6.9.4. disponibilizar materiais e equipamentos tecnológicos necessários, se for o caso, às atividades de monitoramento e avaliação.

6.9.5. acompanhar o pagamento de água, luz e telefone da unidade sob gestão da organização de sociedade civil.

6.9.6. acompanhar a regularidade fiscal e trabalhista da organização da sociedade civil, bem como a manutenção de todas as condições de habilitação.

6.9.7. solicitar à Gerência de Finanças o depósito das parcelas mensais na forma dos itens 8.1 e 9.1, com as indicações de Glosas, se houver, em conformidade com o indicado nos relatórios parciais de execução do objeto, de que tratam os itens 6.3 e 6.4.

6.10. O Gestor da execução do termo de colaboração, ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos públicos pela organização da sociedade civil, deverá informar o Secretário de Estado da Saúde e, posteriormente, o Tribunal de Contas do Estado, bem como à Assembleia Legislativa do Estado de Goiás, sob pena de responsabilidade solidária.

6.10.1. Sem prejuízo da medida a que se refere o item 6.10, caso haja indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, o Gestor, quando assim a gravidade dos fatos ou o interesse público exigirem, representará ao Ministério Público, à Controladoria-Geral do Estado — CGE e à Procuradoria-Geral do Estado — PGE, para a adoção das medidas cabíveis.

6.11. Na hipótese de inexecução por culpa exclusiva da organização da sociedade civil, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, exclusivamente para assegurar o atendimento de serviços essenciais à população, por ato próprio e independentemente de autorização judicial, a fim de realizar ou manter a execução das metas ou atividades pactuadas:

6.11.1. retomar os bens públicos em poder da organização da sociedade civil parceira, qualquer que tenha sido a modalidade ou título que concedeu direitos de uso de tais bens;

6.11.2. assumir a responsabilidade pela execução do restante do objeto previsto no plano de trabalho, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade, devendo ser considerado na prestação de contas o que foi executado pela organização da sociedade civil até o momento em que a administração assumiu essas responsabilidades.

6.12. O PARCEIRO PÚBLICO, sempre que possível, realizará pesquisa de satisfação com os beneficiários do plano de trabalho e utilizará os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e de cumprimento dos objetivos pactuados, bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas.

6.13. Será impedida de participar como gestor da parceria ou como membro da comissão de monitoramento e avaliação pessoa que, nos últimos 5 (cinco) anos, tenha mantido relação jurídica com, ao menos, 1 (uma) das entidades partícipes do procedimento.

6.14. O PARCEIRO PÚBLICO, por meio da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta (ou outra que vier a substituí-la) ou do Gestor do termo de colaboração poderá, a qualquer tempo, exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios, necessários ao monitoramento, avaliação e fiscalização dos ajustes.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

002319

002320

7.1. A vigência do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** será de **180 (cento e oitenta) dias ou até conclusão do chamamento público**, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, nos termos do art. 38 da Lei Federal nº 13.019/2014.

7.2 A vigência da parceria poderá ser alterada mediante solicitação da organização da sociedade civil, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada à Secretaria de Estado da Saúde em, no mínimo, trinta dias antes do termo inicialmente previsto.

7.3 A prorrogação de ofício da vigência do termo de colaboração deve ser feita pela administração pública quando ela der causa a atraso na liberação de recursos financeiros, limitada ao exato período do atraso verificado.

7.4. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, com fito de assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA OITAVA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

8.1. Para executar o **custeio mensal estimado** deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** especificado no Anexo Técnico e no Plano de Trabalho, o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** a importância mensal estimada de R$ 2.160.918,00 (dois milhões, cento e sessenta mil novecentos e dezoito reais e cinco centavos), perfazendo o valor estimado global de R$ 12.965.508,30 (doze milhões, novecentos e sessenta e cinco mil quinhentos e oito reais e trinta centavos), para o período de 180 (cento e oitenta) dias.

8.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação aplicável.

8.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 8.9, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

8.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução da presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

8.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

8.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

8.7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em em conta corrente específica isenta de tarifa bancária, em instituição bancária e agência indicada pela Secretaria de Estado da Saúde e, enquanto não empregados na sua finalidade, serão obrigatoriamente aplicados, conforme regulamento específico.

8.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em contas bancárias específicas, vinculadas à natureza do repasse, sendo:

I - 1 (uma) conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao custeio;

II - 1 (uma) conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados às portarias de investimento; e

III - 1 (uma) conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais.

8.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

8.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** resguardar o sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

8.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** resguardar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, o sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

8.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

8.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos;

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos.

e) Qualquer finalidades alheias ao objeto da parceria.

8.14. Ao final do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

8.15. Do total de recursos financeiros a serem repassados ao Parceiro Privado relativos à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, o montante de 3% (três por cento) será depositado diretamente na conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao Fundo de provisão para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, ocasião em que o montante de 97% (noventa e sete por cento) será depositado diretamente na conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao custeio;

8.16. Os recursos destinados ao Fundo de provisão para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, depositados na conta exclusiva, somente poderão ser movimentados mediante dupla autorização junto a instituição financeira que trata o caput deste artigo, sendo 1 (uma) sob a responsabilidade do Parceiro Privado, e 1 (uma) sob responsabilidade da SES;

8.17. É proibida a manutenção e a movimentação dos recursos repassados ao Parceiro Privado, necessários ao cumprimento do termo de colaboração em conta distinta das especificadas no item 8.8 deste instrumento.

002321

002322

8.18. É proibida a movimentação de recursos entre as contas exclusivas de que trata o item 8.8, mesmo que a título de "empréstimos" ou, ainda sob qualquer outra motivação.

8.19. Toda a movimentação de recursos no âmbito do Termo de Colaboração celebrado, será realizada mediante transferência eletrônica sujeita à identificação do beneficiário final e à obrigatoriedade de depósito em sua conta bancária.

8.20. Os pagamentos deverão ser realizados mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços.

8.21. É proibida a movimentação de recursos do termo de colaboração, entre unidades hospitalares distintas e/ou para a Matriz da entidade, a título de "empréstimos" ou, ainda sob qualquer outra motivação.

8.22. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta e Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

8.23. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

CLÁUSULA NONA – DO REPASSE DE RECURSOS

9.1. O valor **referente ao custeio** a ser repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** será de R$ 12.965.508,30 (doze milhões, novecentos e sessenta e cinco mil quinhentos e oito reais e trinta centavos), para o período de 180 (cento e oitenta) dias, em 06 (seis) parcelas mensais de R$ 2.160.918,05 (dois milhões, cento e sessenta mil novecentos e dezoito reais e cinco centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do extrato do Termo de Colaboração no Diário Oficial do Estado de Goiás e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

9.1.1 As parcelas serão liberadas mensalmente, exceto nos casos previstos no art. 48 da Lei nº 13.019/2014, quando deverá haver a retenção até o saneamento das impropriedades.

9.1.1.1 Após o prazo de 60 (sessenta) dias estabelecido no item 3.1.51.3, o PARCEIRO PÚBLICO deverá realizar os repasses em conta bancária da filial do **PARCEIRO PRIVADO** criada especificamente para execução do ajuste. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** não possua a filial no prazo supramencionado, deverá apresentar *JUSTIFICATIVA* e submeter ao **PARCEIRO PÚBLICO** para aceite, a fim de evitar atraso nos repasses.

9.1.2. Será de inteira responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP.

9.1.3. A depender do parecer emitido por comissão a ser instituída pela SES, quando o **PARCEIRO PÚBLICO** for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores correspondentes poderão ser cobrados regressivamente do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Termo de Colaboração repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.1.4. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo.

9.1.5. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrita que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.2. As despesas deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** correrão por conta das seguinte dotação orçamentária:

Descrição	Código	Denominação
Unidade	2850	Fundo Estadual de Saúde
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2516	Gestão Indireta - Atendimento Ambulatorial e/ou Hospitalar
Grupo de despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte	15000100	Recursos não vinculados de impostos - receitas ordinárias
Modalidade de Aplicação	50	Transferências a Instituições Privadas sem fins lucrativos

9.3. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na tabela do item 9.2 poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a qual apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS RECURSOS HUMANOS

10.1. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a execução deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** de acordo com o plano de gestão de recursos humanos apresentados, podendo considerar um modelo misto de trabalhadores, composto por servidores públicos do **PARCEIRO PÚBLICO** e por empregados contratados, em regime celetista, mediante processo seletivo. O **PARCEIRO PRIVADO**, para fins de alcançar os objetivos deste ajuste, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.015/14.

10.2 É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

10.3. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

10.4. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

002323

002324

10.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados no Plano de Trabalho apresentado.

10.6. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, relacionados à execução do objeto previsto no termo de colaboração, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a inadimplência da organização da sociedade civil em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/2014.

10.7. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

10.8. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

10.9. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um termo de colaboração, de fomento, cooperação ou contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO**, para a apuração dos limites constantes nos itens 10.7 e 10.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todas essas relações.

10.10. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico V do Plano de Trabalho.

10.11. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

10.12. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **PARCEIRO PRIVADO**, para qualquer serviços relativos a este **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

10.13. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceria, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

10.14. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

10.15. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar à disposição os empregados pagos com recursos do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

10.16. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

10.17. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

10.18. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

10.19. Na apuração dos limites constantes nos itens 10.7 e 10.8, será considerado o somatório das despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do **PARCEIRO PÚBLICO** cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 10.9.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS ALTERAÇÕES

11.1 O presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio de celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

11.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

11.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

11.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos.

11.6. O PLANO DE TRABALHO da parceria, a qualquer tempo, poderá ser revisto para alteração de valores ou de metas, mediante termo aditivo ou por apostila ao plano de trabalho original, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

11.7. Caso a revisão seja realizada através de Termo Aditivo, as alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA DENÚNCIA

12.1. O presente instrumento pode ser denunciado antes do término do prazo inicialmente pactuado, após manifestação expressa, por ofício ou carta remetida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Nesta hipótese, as partes definirão através de Termo de Encerramento as respectivas condições, sanções e delimitações claras de responsabilidades em relação à conclusão ou extinção do trabalho em andamento.

12.1.1. Por ocasião da denúncia, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à entidade ou ao órgão repassador dos recursos, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de Tomada de Contas Especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade responsável pela parceria.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO

13.1. O presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, mediante aviso de intenção no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

13.1.1. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **TERMO DE COLABORAÇÃO** e as disposições legais;

002325

13.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, avaliada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

13.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois semestres não cumprir as metas previstas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

13.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

13.1.5. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

13.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

13.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

13.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

13.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

13.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **TERMO DE COLABORAÇÃO** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações;

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

d) **TERMO DE COLABORAÇÃO** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões da Diretoria, relativas a este **TERMO DE COLABORAÇÃO**;

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parcerias, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras em suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado de período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pela Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Perguntas que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO**.

x) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente que exercem as atividades-fim das unidades estaduais geridas e que se relacionam à substituição de servidor público, com os respectivos salários.

14.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS PARTES INTEGRANTES DO TERMO DE COLABORAÇÃO

15.1. Integram o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**:

a) Anexos Técnicos;

b) Plano de Trabalho;

c) Programa de Integridade ou Compliance;

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis;

e) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis.

002327

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

16.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a inadimplência da organização da sociedade civil, nos termos do art. 42, XX da Lei nº 13.019/2014.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS SANÇÕES

17.1. A Administração Estadual poderá impor à entidade, pela execução da parceria em desacordo total ou parcial com o seu anexo, com o Termo de Colaboração e seus anexos, com as normas da Lei federal nº 13.019/2014 , as seguintes sanções, garantida a prévia defesa:

a) advertência;

b) suspensão temporária de participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora, por prazo não superior a dois anos;

c) declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a organização da sociedade civil ressarcir a administração pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso II.

17.1.1. os dirigentes das entidades responderão, individual e solidariamente, pelos danos ou pelos prejuízos decorrentes de sua ação ou sua omissão, sem prejuízo das sanções previstas no Termo de Colaboração.

17.2. As sanções estabelecidas nas alíneas "b" e "c" são de competência exclusiva do Secretário de Estado da Saúde, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de dez dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após dois anos de aplicação da penalidade.

17.3. Fica o **PARCEIRO PRIVADO** e seus representantes legais sujeitos às sanções previstas na Lei estadual nº 18.672/2014, quando praticarem os atos lesivos previstos no art. 5º da referida norma.

17.4. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

17.5. As irregularidades cometidas pela entidade ao longo da execução da parceria serão preliminarmente apuradas pela área técnica responsável pela gestão e/ou fiscalização da parceria, que notificará a parceira privada para que, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados do recebimento do aviso, apresente justificativas ou providencie a regularização.

17.5.1. Providenciada a regularização ou acatada a justificativa, a área técnica competente emitirá despacho fundamentado, indicando os motivos de fato e de direito que levaram ao seu acolhimento, encaminhando-o ao Titular da Pasta para conhecimento e decisão.

17.5.2. Não havendo a regularização e/ou rejeitada a justificativa, havendo indícios suficientes de materialidade capazes de ensejar a aplicação de penalidade, nos termos estabelecidos no Termo de Colaboração, e demais normas pertinentes, a área técnica competente emitirá relatório sucinto descrevendo os fatos e as condutas irregulares eventualmente praticadas pela parceira privada e submeterá ao Titular da Pasta para instauração do Processo de Responsabilização por descumprimento contratual, em autos apartados do principal, mediante portaria.

17.6. Instaurado o Processo de Responsabilização por descumprimento da parceria, a Comissão Processante instruirá o processo oportunizando o contraditório e a ampla defesa, emitindo, ao final, relatório conclusivo, sugerindo, se for o caso, a aplicação de penalidade, encaminhando-o ao Titular da Pasta para decisão.

17.6.1. As infrações administrativas aos termos estabelecidos no ajuste, e demais normas pertinentes, e que também sejam tipificadas como atos lesivos no art. 5º da Lei estadual nº 18.672/2014, poderão ser apuradas e julgadas de forma concomitante e nos mesmos autos do Processo de Responsabilização.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

18.1. A prestação de contas deverá ser feita observando-se as regras previstas nesta Lei nº 13.019/2014, além de prazos e normas de elaboração constantes deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** e do Plano de Trabalho.

18.1.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** fornecerá as orientações ao **PARCEIRO PRIVADO** contendo os procedimentos para a prestação de contas.

18.2. O **PARCEIRO PRIVADO** prestará contas da boa e regular aplicação dos recursos recebidos no final de cada exercício e no término da parceria, no prazo de até 90 (noventa) dias.

18.2.1 O prazo poderá ser prorrogado por até 30 (trinta) dias, desde que devidamente justificado, e aceito pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

18.3. O disposto no item 18.2. não impede que o **PARCEIRO PÚBLICO** promova a instauração de tomada de contas especial antes do término da parceria, ante evidências de irregularidades na execução do objeto.

18.4. A prestação de contas deverá conter elementos que permitam ao Gestor do **PARCEIRO PÚBLICO** avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, com a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação de alcance das metas e dos resultados esperados, até o período de que trata a prestação de contas.

18.4.1. Serão glosados valores relacionados a metas e resultados descumpridos sem justificativa suficiente.

18.4.2. Os dados financeiros serão analisados com o intuito de estabelecer o nexo de causalidade entre a receita e a despesa realizada, a sua conformidade e o cumprimento das normas pertinentes.

18.5. A análise da prestação de contas deverá observar além de documentos específicos previstos no plano de trabalho, os seguintes relatórios:

18.5.1. relatório de execução do objeto;

18.5.2. relatório de execução financeira.

18.6. O **PARCEIRO PÚBLICO** deverá considerar em sua análise os seguintes relatórios elaborados internamente, quando houver:

18.6.1. relatório de visita técnica *in loco*;

18.6.2. relatório técnico de monitoramento e avaliação, homologado pela comissão de monitoramento e avaliação designada.

18.7. O Gestor do termo de colaboração emitirá parecer técnico de análise de prestação de contas da parceria.

18.7.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar prestação de contas parciais ao fim de cada exercício, para fins de monitoramento do cumprimento das metas do objeto.

18.8. Os pareceres técnicos deverão, obrigatoriamente, mencionar:

18.8.1. os resultados já alcançados e seus benefícios;

18.8.2. os impactos econômicos ou sociais;

18.8.3. o grau de satisfação do público-alvo;

18.8.4. a possibilidade de sustentabilidade das ações após a conclusão do objeto pactuado.

18.9. Constatada irregularidade ou omissão na prestação de contas, será concedido prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, para a organização da sociedade civil sanar a irregularidade ou cumprir a obrigação, prorrogável justificadamente, no máximo, por igual período.

18.10. O **PARCEIRO PÚBLICO** apreciará a prestação de contas, no prazo de até 150 (cento e cinquenta) dias, contada da data de recebimento ou do cumprimento de diligência por ele determinado, prorrogável justificadamente por igual período.

002329

18.11. O parecer técnico de prestação de contas, decorrente do final de cada exercício financeiro e ao término da vigência da parceria celebrada, deverá, ainda, incluir manifestação sobre a avaliação das contas, de acordo com os parâmetros do artigo 72 da Lei federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014.

18.12. Em face do parecer a que se refere o item 18.8, a comissão de monitoramento e avaliação proporá à autoridade competente para assinatura do respectivo instrumento de parceria a avalição da prestação de contas da organização da sociedade civil quanto à regularidade, com ou sem ressalvas, ou a rejeição, conforme item 18.4 e, na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

18.13. As prestações de contas serão avaliadas:

18.13.1. regulares, quando expressarem, de forma clara e objetiva, o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

18.13.2. regulares com ressalva, quando evidenciarem impropriedade ou qualquer outra falta de natureza formal que não resulte em dano ao erário;

18.13.3. irregulares, quando comprovada qualquer das seguintes circunstâncias:

a) omissão no dever de prestar contas;

b) descumprimento injustificado dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

c) dano ao erário decorrente de ato de gestão ilegítimo ou antieconômico;

d) desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO

19.1 As controvérsias eventualmente surgidas quanto à formalização, execução ou encerramento do ajuste decorrentes desta Dispensa de Chamamento Público, serão submetidas à tentativa de conciliação ou mediação no âmbito da Câmara de Conciliação, Mediação e Arbitragem da Administração Estadual (CCMA), na forma da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 e da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DO FORO

20.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia/GO para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA PUBLICAÇÃO

21.1. A publicação do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** no Diário Oficial do Estado e Diário Oficial da União, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua assinatura, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

21.2. A publicação do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** se dará, ainda, no sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DOS CASOS OMISSOS

22.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO I AO VI TERMO DE COLABORAÇÃO

ANEXO I AO TERMO DE COLABORAÇÃO

1. DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

1.1 A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

1.2 O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

1.3 Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração público do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do ajuste.

1.3.1 O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

ANEXO II AO TERMO DE COLABORAÇÃO

1. DOCUMENTAÇÃO MÍNIMA NECESSÁRIA À PRESTAÇÃO DE CONTAS

1.1. ofício de encaminhamento da prestação de contas anual pela diretoria;

1.2. ato de constituição da organização da sociedade civil - Estatuto Social vigente;

1.3. indicação do rol de responsáveis pela organização da sociedade civil no período a que se refere a prestação de contas contendo nome, CPF, endereço pessoal, atribuições e respectivos períodos de atuação, como se segue:

1.3.1. dirigente máximo;

1.3.2. membros da diretoria.

1.4. atas das reuniões ordinárias e extraordinárias diretoria;

1.5. regulamentos para contratação de obras, serviços e compras, bem como de admissão de pessoal aprovados pela Controladoria Geral do Estado;

1.6. plano de cargos, salários e benefícios dos empregados atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto a compatibilidade dos valores com os praticados no mercado;

002331

1.7. folhas mensais de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do termo de colaboração durante o exercício, indicando no mínimo a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores, em formatos sintéticos e analíticos;

1.8. relação dos servidores/funcionários públicos cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

1.9. inventário físico e dos bens (móveis e imóveis) com permissão de uso para as finalidades do termo de colaboração incluindo os adquiridos posteriormente pela entidade, utilizando-se de recursos públicos, em formato sintético e analítico;

1.10. relatório financeiro dos recursos repassados pelo Poder Público, dos rendimentos auferidos e suas destinações, elaborado pela organização da sociedade civil;

1.11. extrato bancário mensal da conta específica (corrente e aplicação), aberta em instituição financeira oficial, para movimentação financeira dos recursos do termo de colaboração acompanhado da respectiva conciliação bancária;

1.12. notas fiscais/faturas e demais documentos que comprovem as despesas efetuadas, revestidos das formalidades legais, com a certificação do responsável pelo recebimento das mercadorias ou serviços prestados, contendo expressa menção no corpo dos documentos fiscais originais ao número do termo de colaboração e aditivos, se houver;

1.13. relação e cópia dos contratos e respectivos aditamentos firmados pela entidade com terceiros contendo: nome do contratado, CNPJ/CPF, objeto, vigência, valor e data de assinatura;

1.14. relatórios de custos, analíticos e sintéticos, apresentados também em formato de planilhas e a descrição do sistema de custeio adotado;

1.15. relatórios gerenciais e de atividades desenvolvidas no gerenciamento da entidade objeto do termo de colaboração, elaborados e aprovados pela diretoria, contemplando ainda:

1.15.1. indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas;

1.15.2. a execução dos programas de trabalho propostos pela organização da sociedade civil, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas;

1.15.3. indicadores de gestão que permitam aferir a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade da atuação da entidade, levando-se em conta os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição;

1.15.4. as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas.

1.16. demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

1.17. parecer conclusivo da diretoria da organização da sociedade civil sobre as contas e demonstrações contábeis e financeiras;

1.18. relatório de auditoria externa sobre as Demonstrações Contábeis, no sentido de verificar se estas refletem adequadamente a posição patrimonial e financeira, o resultado das operações, as mutações do patrimônio líquido e os fluxos de caixa da contratada examinada, bem como em relação à evolução do passivo trabalhista e/ou previdenciário e o seu impacto nas contas auditadas;

1.19. certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação das demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe foram desfavoráveis e os valores das respectivas condenações.

ANEXO III AO TERMO DE COLABORAÇÃO

1. DOCUMENTOS A SEREM DISPONIBILIZADOS EM SÍTIO NA REDE MUNDIAL DE COMPUTADORES PELO PARCEIRO PÚBLICO

1.1. Estudos técnicos previamente realizados, que comprovem a vantajosidade da adoção do referido modelo em relação à prestação direta do serviço pelo Estado, mediante demonstração objetiva de que o vínculo de parceria atende aos objetivos de eficiência econômica, administrativa e de resultados;

1.2. Decisão fundamentada do Chefe do Poder Executivo, nos termos do item 1.1.1. do ANEXO IV deste termo;

1.3. Edital de Chamamento, acompanhado das propostas, julgamento e homologação;

1.4. Termo de Colaboração e seus eventuais aditivos;

1.5. Orçamento da organização da sociedade civil individualizado por cada termo de colaboração;

1.6. Regulamento de contratação de bens, serviços e pessoal das organizações da sociedade civil contratadas;

1.7. Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados da entidade, bem como remuneração paga aos membros de sua diretoria;

1.8. Execução orçamentária mensal e acumulada no ano;

1.9. Demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

1.10. Relatórios gerenciais emitidos pela diretoria da organização da sociedade civil;

1.11. Relatórios emitidos pela comissão de monitoramento e avaliação de que trata a Lei nº 13.019/2014;

1.12. Link da página para acesso às informações da transparência no sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) da organização da sociedade civil parceira;

1.13. Resultados de Inspeções e Auditorias concluídas;

1.14. Remuneração dos servidores cedidos à Organização da Sociedade Civil.

ANEXO IV AO TERMO DE COLABORAÇÃO

1. DOCUMENTOS A SEREM MANTIDOS PELOS ÓRGÃOS E ENTIDADES SUPERVISORAS

1.1 Da Seleção da Organização da Sociedade Civil

1.1.1. Cópia do processo administrativo de seleção (chamamento público) e celebração do termo de colaboração, acompanhado de decisão fundamentada do Chefe do Executivo, que se dará na fase interna da seleção, que evidencie de forma objetiva, por unidade administrativa, ou conjunto delas, a vantagem econômica, administrativa e de resultados com a celebração do termo de colaboração em detrimento da realização direta do seu objeto, devendo constar, no mínimo:

a) metodologia e critérios de seleção das unidades administrativas a serem transferidas;

b) fundamentação quanto à escolha das atividades a serem executadas;

002333

c) estimativa dos gastos de custeio, incluindo recursos humanos, e, se houver, de investimento, acompanhada das memórias detalhadas de cálculo e da metodologia utilizada;

d) dados e indicadores dos últimos 3 anos, no mínimo, relativos à prestação do serviço a ser transferido para organizações da sociedade civil, para fins de comparação com a expectativa de ganhos de eficiência econômica e técnica por parte do Estado de Goiás;

e) metas e indicadores estabelecidos, acompanhados dos critérios utilizados e da metodologia de cálculo aplicada para sua definição.

1.2. Da Excepcionalidade do Chamamento Público nas hipóteses expressamente previstas na Lei nº 13019/2014

a) no caso de urgência decorrente de paralisação ou iminência de paralisação de atividades de relevante interesse público, pelo prazo de até cento e oitenta dias;

b) nos casos de guerra, calamidade pública, grave perturbação da ordem pública ou ameaça à paz social;

c) quando se tratar de realização de programa de proteção a pessoas ameaçadas ou em situação que possa comprometer a sua segurança;

d) no caso de atividades voltadas ou vinculadas a serviços de saúde, desde que executadas por organizações da sociedade civil previamente credenciadas pelo órgão gestor da respectiva política.

1.3. Dos Aditivos do Termo de Colaboração

1.3.1. Documentação necessária para justificar as alterações realizadas com as razões de fato e de direito que demonstrem o motivo dessas necessidades não terem sido identificadas no momento da seleção e contratação bem como a comprovação da manutenção da natureza do objeto do contrato.

1.3.2. Memória de cálculo contendo quantidades e custos detalhados e cronograma atualizado, quando cabíveis;

1.3.3. Demonstrativo das metas e indicadores estabelecidos acompanhados dos critérios utilizados e da metodologia de cálculo aplicada para sua definição;

1.3.4. Publicação resumida (extrato) do termo no Diário Oficial;

1.3.5. Nota(s) de Empenho vinculada(s) ao termo. Das Metas e dos Indicadores de Desempenho do Termo de Colaboração

1.3.6. Ficha técnica de cada indicador contendo, no mínimo:

a) medida: grandeza qualitativa ou quantitativa que permite classificar as características, resultados e consequências dos produtos, processos ou sistemas;

b) fórmula: padrão matemático que expressa a forma de realização do cálculo;

c) padrão de comparação: índice arbitrário e aceitável para uma avaliação comparativa de padrão de cumprimento; e

d) meta: índice (número) orientado por um indicador em relação a um padrão de comparação a ser alcançado durante certo período.

1.3.7. Relatórios gerenciais e de atividades identificando:

a) as ações executadas pelo contratado;

b) a etapa de execução de cada atividade em relação à previsão, identificando seu percentual;

c) a representação percentual do cumprimento global das metas;

d) a mensuração dos indicadores de desempenho formulados para cada meta pactuada. Da Execução do Termo de Colaboração e Respectiva Prestação de Contas Anual.

1.3.8. Cópia dos termos de colaboração, termos aditivos e respectivas notas de empenho.

1.3.9. Relatórios emitidos pela Parceira pertinentes à execução do termo de colaboração devidamente aprovados pela Diretoria da organização da sociedade civil, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, a qual deverá conter, no mínimo, a seguinte documentação:

a) ofício de encaminhamento da prestação de contas anual pela Diretoria;

b) ato de constituição da organização da sociedade civil - Estatuto Social vigente;

c) indicação do rol de responsáveis pela organização da sociedade civil no período a que se refere a prestação de contas contendo nome, CPF, endereço pessoal, atribuições e respectivos períodos de atuação, como se segue:

c.1) dirigente máximo;

c.2) membros da diretoria.

d) atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da diretoria da organização da sociedade civil;

e) regulamentos para contratação de obras, serviços e compras, bem como de admissão de pessoal aprovados pela Controladoria Geral do Estado;

f) plano de cargos, salários e benefícios dos empregados atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado;

g) folhas mensais de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do termo de colaboração durante o exercício, indicando no mínimo a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores, em formatos sintéticos e analíticos;

h) relação dos servidores/funcionários públicos cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

i) inventário físico e dos bens (móveis e imóveis) com permissão de uso para as finalidades do termo de colaboração incluindo os adquiridos posteriormente pela organização da sociedade civil, utilizando-se de recursos públicos, em formato sintético e analítico;

j) relatório financeiro dos recursos repassados pelo Poder Público, dos rendimentos auferidos e suas destinações, elaborado pela parceira;

k) extrato bancário mensal da conta específica (corrente e aplicação), aberta em instituição financeira oficial, para movimentação financeira dos recursos do termo de colaboração acompanhado da respectiva conciliação bancária;

l) notas fiscais/faturas e demais documentos que comprovem as despesas efetuadas, revestidos das formalidades legais, com a certificação do responsável pelo recebimento das mercadorias ou serviços prestados, contendo expressa menção no corpo dos documentos fiscais originais ao número do termo de colaboração e aditivos, se houver;

m) relação e cópia dos contratos e respectivos aditamentos firmados pela organização da sociedade civil com terceiros contendo: nome do contratado, CNPJ/CPF, objeto, vigência, valor e data de assinatura;

n) relatórios de custos, analíticos e sintéticos, apresentados também em formato de planilhas e a descrição do sistema de custeio adotado;

002335

002336

o) relatórios gerenciais e de atividades desenvolvidas no gerenciamento da entidade objeto do termo de colaboração, elaborados e aprovados pela diretoria, contemplando ainda:

o.1) indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas;

o.2) a execução dos programas de trabalho propostos pela organização da sociedade civil, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas;

o.3) indicadores de gestão que permitam aferir a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade da atuação da entidade, levando-se em conta os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição;

o.4) as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas.

p) demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

q) parecer conclusivo da Diretoria da organização da sociedade civil sobre as contas e demonstrações contábeis e financeiras;

r) relatório de auditoria externa sobre as Demonstrações Contábeis, no sentido de verificar se estas refletem adequadamente a posição patrimonial e financeira, o resultado das operações, as mutações do patrimônio líquido e os fluxos de caixa da contratada examinada, bem como em relação à evolução do passivo trabalhista e/ou previdenciário e o seu impacto nas contas auditadas;

s) certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação das demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe foram desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

1.3.10. Relatórios emitidos pela comissão de monitoramento e avaliação de que tratam o art. 66 da Lei nº 13.019/2014, contendo inclusive demonstração da economicidade auferida pela Administração durante o período em análise.

1.3.11. Parecer conclusivo, emitido pelo responsável pelo órgão ou entidade supervisora, com descrição da análise efetuada sobre as contas (regular, regular com ressalvas ou irregular, utilizando os parâmetros estabelecidos nos artigos 72 a 74 da Lei nº 16.168/2007), atestando a regularidade da aplicação dos recursos públicos repassados à organização da sociedade civil no decorrer do exercício, evidenciando, dentre outras informações:

XIV - identificação da entidade parceira com as seguintes informações:

a) razão social;

b) CNPJ;

c) natureza jurídica;

d) área de atuação;

e) sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet);

XV - declaração que recebeu a prestação de contas pela organização da sociedade civil assinada por seu dirigente máximo contendo a data da apresentação e o período de referência;

XVI - objeto e vigência do termo de colaboração;

XVII - comparativo entre os valores pactuados mensais e os efetivamente repassados durante o exercício com as justificativas de eventuais diferenças;

XVIII - comparativo entre os valores efetivamente repassados nos últimos três exercício, quando houver;

XIX - comparativo do gasto anual com pessoal em relação aos gastos dos últimos dois exercícios, quando houver, identificando separadamente as despesas com contratados e cedidos e respectivos encargos;

XX - demonstração da vantajosidade efetivamente obtida com a descentralização da prestação do serviço público, a qual deverá abranger a economia financeira e ganhos de eficiência técnica, de forma a evidenciar a relação custo-benefício e fazendo, ainda, referência às metas e indicadores estabelecidos;

XXI - comparativo das metas previstas e realizadas, contemplando:

a) indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas;

b) a execução dos programas de trabalho proposto pela organização da sociedade civil, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas;

c) indicadores de gestão que permitam aferir a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade da atuação da entidade, levando-se em conta os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição;

d) as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas.

XXII - irregularidades detectadas na execução do termo de colaboração e eventuais sanções aplicadas;

XXIII - informações acerca da abertura de tomada de contas especial durante o exercício;

XXIV - informações sobre a publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do termo de colaboração, contendo a data de publicação;

XXV - endereço da página do sítio oficial da entidade na rede mundial de computadores (internet) onde se encontram divulgados os relatórios emitidos pela comissão de monitoramento e avaliação;

XXVI - cumprimento das determinações expedidas pelo TCE-GO e pela Controladoria Geral do Estado, se houver.

ANEXO V AO TERMO DE COLABORAÇÃO - TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO e o Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – IMED, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Policlínica Estadual da Região do Entorno/ Unidade Formosa, localizada na Avenida Oeste, Quadras 06, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa - GO.

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.526.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, **RASIVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR**, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº M-6 231.587/SSP-MG, inscrito no CPF nº 948.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE**.

002337

002338

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO – IMED, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, inscrita no CNPJ sob o nº 19.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, 202, conjunto 33, Bairro Bela Vista, São Paulo-SP, CEP 01332-000, neste ato representado por **ANDRÉ FONSECA LEME**, portador da CI/RG nº 20.737-340 SSP/SP, inscrito no CPF nº 275.226.108-58, residente e domiciliado em São Paulo-SP.

Considerando a legislação pertinente, e tendo em vista o disposto no Termo de Colaboração nº 88/2024-SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO – IMED –, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de no mínimo 12 horas diárias, por um período de 180 (cento e oitenta) dias, na **Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa**, localizada na Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa - GO.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202400010044543, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do termo de colaboração e antes do início da gestão na Policlínica Estadual da Região do Entorno- Unidade Formosa, localizada na Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa - GO, pela entidade.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Termo de Colaboração nº 88/2024-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens na **Policlínica Estadual da Região do Entorno- Unidade Formosa**, localizada na Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa - GO, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE**.

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a formalização do Termo de Colaboração nº 88/2024-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Termo de Colaboração nº 88/2024-SES/GO.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Termo de Colaboração nº 88/2024-SES/GO.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Termo de Colaboração, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

002339

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens imóveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra a rescisão ou a extinção deste instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente instrumento tem fundamento na Lei federal nº 13.019/2014, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo de Colaboração nº 88/2024-SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir qualquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente instrumento, para que surtam os efeitos legais.

ANEXO VI AO TERMO DE COLABORAÇÃO - TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO e o _____, com o objetivo de autorizar o uso de bens imóveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Policlínica Estadual da Região do Entorno- Unidade Formosa, localizada na Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa - GO, para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº M-6 233.587/SSP-MG, inscrito no CPF nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE**.

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO – IMED, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, inscrita no CNPJ sob o nº 19.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, 202, conjunto 33, Bairro Bela Vista, São Paulo-SP, CEP 01332-000, neste ato representado por **ANDRÉ FONSECA LEME**, portador da CI/RG º 20.737-340 SSP/SP, inscrito no CPF nº 275.226.198-58, residente e domiciliado em São Paulo-SP.

Considerando o disposto no Termo de Colaboração nº 88/2024-SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – IMED, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, inscrita no CNPJ sob o nº 19.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, 202, conjunto 33, Bairro Bela Vista, São Paulo-SP, CEP 01332-000, neste ato representado por **ANDRÉ FONSECA LEME**, portador da CI/RG º 20.737-340 SSP/SP, inscrito no CPF nº 275.226.198-58, residente e domiciliado em São Paulo-SP,, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Policlínica Estadual da Região do Entorno- Unidade Formosa, localizada na Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa - GO.

002341

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202400010044543 as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel onde funciona a **Policlínica Estadual da Região do Entorno- Unidade Formosa**, localizada na Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa - GO.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Termo de Colaboração nº 88/2024-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde - SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Unidade Formosa, localizada na Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa - GO, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente instrumento, dar em cedência e permite o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a publicação do Termo de Colaboração nº 88/2024-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Termo de Colaboração nº 88/2024-SES/GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado de Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente instrumento vigorará enquanto viger o Termo de colaboração nº 88/2024-SES/GO.

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente instrumento tem fundamento na Lei federal nº nº 13.019/2014, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Termo de Colaboração nº /2024-SES/GO.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de qualquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

002343

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia - GO como competente para dirimir qualquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

002344

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, para que surtam os efeitos legais.

ANEXOS TÉCNICOS I AO V/2024 - SES

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO- FORMOSA

Este anexo constitui parte integrante do Termo de Colaboração e acrescenta cláusulas específicas para Termo de Colaboração celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Termo e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em três segmentos: (I) Especificações Técnicas, que normatizam a execução na área da saúde; (II) Metas de Produção, que definem as premissas técnicas de execução e estabelecem metas quantitativas; (III) Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. **IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

1.1. Nome: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO – UNIDADE FORMOSA

1.2. Endereço: Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa - GO.

1.3. Tipo de Unidade: Policlínica

1.3. Gestão da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

1.4. Funcionamento: de segunda a sexta-feira, 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, sendo os usuários devidamente referenciados pela Regulação Estadual. Salienta-se que, em caso de realização de terapia renal substitutiva, o funcionamento poderá se dar também em outros turnos e/ou dias da semana, de acordo com autorização da SES-GO.

2. **INTRODUÇÃO**

2.1. A avaliação das necessidades em saúde envolve métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos para a descrição dos problemas de saúde de uma população e permite não apenas a otimização dos recursos disponíveis ou a serem desenvolvidos, mas, principalmente, a identificação de iniquidades de acesso e a definição de prioridades para alocação de recursos (WRIGHT, J. et al., 1998).

3. **JUSTIFICATIVA**

3.1. O aumento das doenças crônicas não transmissíveis e seus impactos na qualidade de vida e nos gastos com saúde tem preocupado os gestores em saúde pública. Nesse sentido, é necessário realizar a mudança no modelo de atenção à saúde para as condições crônicas no sistema único de saúde – SUS e, ainda, qualificar os profissionais de saúde a adotarem práticas de cuidado contínuo e compartilhado entre os profissionais especializados e equipes da atenção primária, com ênfase em mudança de hábitos que afetem a saúde e a qualidade de vida da população.

3.2. De acordo com o perfil epidemiológico, os serviços de saúde devem ser organizados em redes de atenção à saúde, onde a Atenção Ambulatorial Especializada – AAE fará o enfrentamento de condições crônicas não agudizadas, que foram estratificados pelas equipes de saúde da família nas linhas de cuidado prioritárias, definida pela SPAIS/SES-GO, que justifiquem a oferta de serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde.

4. **OBJETIVO**

4.1. Elaborar o planejamento e a programação das ações e serviços de saúde regidos pela lógica das necessidades de saúde da população e da organização de redes de atenção à saúde;

4.2. Contribuir para o desenvolvimento de um modelo de gestão eficiente e um modelo de atenção à saúde integral e resolutivo;

4.3. Organizar os serviços especializados (consultas, exames e terapias complementares) de acordo com as linhas de cuidado prioritárias estabelecidas pela SPAIS/SES-GO.

4.4. Referência da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Unidade Formosa**: Macrorregião Nordeste de Goiás, composta por 1.207.393 habitantes. A área de abrangência é composta por 04 (quatro) regiões de saúde e 31 Municípios: Região de Saúde Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II.

4.5. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR/GO/2015 e dados de estimativa populacional do IBGE (2020), o município de Formosa possui uma população de 123.684 habitantes, está inserido na Região Entorno Norte com 273.253 habitantes e pertence à Macrorregião Nordeste com 1.353.854 habitantes.

4.6. A Policlínica, na sua concepção, está definida como uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

4.7. Nesta concepção, a **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Unidade Formosa** – é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com médicos de diversas especialidades. Possui todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos.

4.8. Visa fornecer diagnóstico precoce e tratamento oportuno, melhorar o prognóstico, reduzem os custos da assistência médica hospitalar, ampliam os serviços ambulatoriais de forma regionalizada, absorvendo os serviços de maior complexidade para os quais as Unidades Básicas de Saúde não estão capacitadas.

4.9. Em regra, não possuem "porta aberta", ou seja, recebem os pacientes encaminhados de forma referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde dos Municípios, por meio da Regulação Estadual, com dia e horário agendados.

5. **PREMISSAS ESTRATÉGICAS DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO- UNIDADE FORMOSA**

5.1. Alta Resolutividade

5.1.1. Sempre que possível, o atendimento na Policlínica deverá ser o mais resolutivo possível, com consultas e exames realizados no mesmo dia. Para tanto, a Policlínica deve observar as seguintes diretrizes:

002345

5.1.1.1. Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com as linhas de cuidado estabelecidas pelas áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde;

5.1.1.2. Coleta de exames disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviço de patologia clínica contratada com agilidade para recolher e processar os exames em tempo oportuno. Os resultados dos exames devem ser disponibilizados para o usuário (em formatos diversos, seja impresso, em CD, pen drive ou outro, facilitando a acessibilidade) e entregues para a SES-GO (via integração) por meio de sistema informatizado;

5.1.1.3. A Policlínica deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo;

5.1.1.4. A Policlínica deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível. Diante solicitação do paciente a unidade deverá disponibilizar os resultados de exames de diferentes formas (impresso, CD, pen drive ou outros formatos).

5.2. **A Forma de Encaminhamento**

5.2.1. As solicitações de consultas especializadas e de serviços da Policlínica serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião na qual a policlínica está inserida ou de acordo com a pactuação regional. O agendamento será feito pela Regulação Estadual.

5.2.2. A marcação de consultas e de exames se dará por meio de um sistema informatizado – "online", facilitando o melhor agendamento de dia e horário para o paciente. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

5.3. **Acompanhamento dos Pacientes**

5.3.1. Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (exemplos: sessões, consultas).

5.3.2. No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contra referência, referência, compartilhamento do cuidado e transição do cuidado com retorno do paciente para a rede de Atenção Básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três consultas para resolução definitiva do caso, salvo as situações que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe técnica da SPAIS/SES.

5.3.3. Para a referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado do paciente atendido na Policlínica, deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a Unidade Básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

5.4. **Perfil do Atendimento da Policlínica**

5.4.1. O perfil assistencial da unidade é definido e poderá ser modificado em conjunto com os diferentes gestores de serviços em saúde, desde que haja concordância prévia dos parceiros público e privado.

5.4.2. Vale destacar que para elaboração desse perfil assistencial, serão consideradas as análises do: perfil epidemiológico da região de abrangência da Policlínica; parâmetros de necessidades previstas na Portaria de Consolidação nº. 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Título IV – Do Planejamento, bem como outros estudos técnicos pertinentes relacionados às demandas reprimidas em consultas e exames nos municípios de abrangência que compõem a Macrorregião.

5.5. **Integração dos Profissionais da Policlínica com a Atenção Primária**

5.5.1. Esta integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família - UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões dessas profissionais. A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina e videoconferências, desde que padronizadas e regulamentadas pela SES-GO ou por legislação federal, além de reuniões técnicas presenciais para o matriciamento das equipes de Atenção Primária, quando necessário.

5.5.2. O compartilhamento do cuidado do paciente entre a Policlínica e a Atenção Primária pode ser compreendido como uma estratégia para a redução da fragmentação do cuidado a partir das conexões existentes dentro de uma rede de saúde. Também, possibilita às equipes integrar os diferentes saberes e transcender a assistência para além das doenças.

5.6. **Caracterização da Policlínica Estadual da Região do Entorno- Unidade Formosa**

5.6.1. A Unidade está localizada nas Quadras 04, 05 e 09 – Loteamento Santa Bárbara – Formosa – GO. Funcionará de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, e integrará a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica.

5.6.1.1. Em caso de pactualização para a realização de hemodiálise ou atendimento dialítico, o horário de funcionamento poderá ser expandido em turnos e/ou dias da semana, de acordo com necessidade da região e autorização da SES-GO.

5.6.2. A **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Unidade Formosa** possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Dispõe de recepções, salas de espera, 26 consultórios, 16 salas para exames, posto de coleta do laboratório, farmácia, posto de enfermagem, central de esterilização de material, além de salas destinadas à administração.

5.6.2.1. A farmácia deverá dispor minimamente de uma Central de Abastecimento Farmacêutico; uma Farmácia Central para dispensação; e uma Sala de Cuidado Farmacêutico.

5.6.3. A estrutura física poderá ser aproveitada conforme a demanda de serviços local, bem como as especialidades médicas e multiprofissionais a serem definidas. Ademais, a possibilidade de inclusão de serviços poderá exigir a adequação dos dias e horários de funcionamento da unidade.

5.6.4. A definição do modelo assistencial e dos sistemas de referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado que a Policlínica adotará é de responsabilidade e de competência das equipes técnicas da SES-GO, tomando como base o atendimento exclusivo SUS, assim como os indicadores de desempenho assistencial.

5.6.5. Os serviços devem observar as Políticas Nacional e Estadual de Referência de Média Complexidade, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde – MS e pela SES/GO e tem como objetivo principal o apoio às necessidades da Atenção Primária.

5.6.6. A Policlínica é um Ponto de Atenção das Linhas de Cuidado de Alta Resolubilidade. O Serviço deve ser estruturado como ponto de atenção nas linhas de cuidado definidas de acordo com as prioridades regionais.

5.6.7. As Linhas de Cuidado devem abranger a definição de ações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, itinerários, parâmetros de atenção e recursos necessários a sua estruturação. A implantação da linha de cuidado em determinado sistema deve ter como base a relevância epidemiológica de riscos e agravos e a prioridade de atenção definida por políticas setoriais.

002347

5.6.8. O acolhimento do paciente deve ser efetuado de forma humanizada já na recepção do paciente, incluindo a garantia de agendamentos nos seguimentos dos casos diagnosticados.

6. DEFINIÇÃO DO PERFIL E DOS SERVIÇOS

6.1. Recursos Humanos

6.1.1. Gerencial

6.1.1.1. A unidade deve ter, pelo menos, um gestor que tenha conhecimento técnico- administrativo amplo, que permita uma gestão eficaz e eficiente. Ressalta-se que a unidade deve ter em seu quadro de pessoal todos os Responsáveis Técnicos (RT) exigidos pelas legislações vigentes.

6.1.2. Equipe Assistencial

6.1.2.1. Equipe Multiprofissional e Equipe Médica Especializada: O objetivo da Policlínica é oferecer qualidade e eficácia na assistência por meio da titulação apropriada do profissional, abordagem integral do processo saúde- doença, tempo médio de consulta adequado, atuação multiprofissional e interdisciplinar, ênfase nas ações educativas e no autocuidado, projeto terapêutico individualizado, estratificação do risco do paciente, considerando o usuário como protagonista do plano de cuidado.

6.1.2.2. Desta forma, a Policlínica trabalhará tendo como eixo assistencial principal as linhas de cuidados, que têm como conceito estruturante: "o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde, com base em protocolos clínicos".

6.1.2.3. Com isso, a equipe multiprofissional e equipe médico especializada, que irão compor o quadro clínico da Policlínica, deverão ter abrangência ampla, percorrendo todas as linhas de cuidado estruturantes, bem como permitir uma assistência adequada durante todo ciclo de vida.

6.1.2.4. As especialidades profissionais poderão sofrer mudanças, tanto do tipo de especialidade ofertada, quanto no quantitativo das mesmas, dependendo da avaliação técnica, que será realizada levando-se em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se ainda que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente, ou sempre que se fizer necessário, e que o **PARCEIRO PRIVADO**, responsável pela administração da unidade, terá 45 dias para realizar a modificação solicitada, a partir da notificação oficial da SES-GO, com relação às especialidades ofertadas. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais propostas pelo Termo de Colaboração, ocorrendo somente um ajuste de especialidades.

6.1.2.5. A equipe médica e multiprofissional deverá realizar interconsultas no serviço, ou seja, realizar atendimentos dos casos encaminhados pela própria equipe da unidade, devendo atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, integrando seus conhecimentos através de discussões de casos e compartilhando o cuidado do paciente entre todos os componentes da equipe. Esses profissionais deverão ter condutas específicas de suas áreas de atuação, mas com interlecuções de seus conhecimentos, preconizando uma atenção holística, integral e resolutiva.

6.1.2.6. Os atendimentos realizados pelo Serviço Social deverão ser registrados em separado e não configuram consultas ambulatoriais da equipe multiprofissional, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde – SES/GO.

6.1.2.7. Os serviços/equipes que requerem profissionais de especialidades específicos e/ou exclusivos, para fins de habilitação junto ao Ministério da Saúde, devem estar inclusos no quadro de recursos humanos fixo da unidade.

6.2. Proposta de Serviços

6.2.1. Para a **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Unidade Formosa**, serão consideradas as seguintes linhas de serviços: Atendimento Ambulatorial (primeira consulta, interconsulta, consultas subsequentes (retornos), processos terapêuticos realizados por equipe multiprofissional):

I - Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS – Unidades Básicas de Saúde para atendimento a uma determinada especialidade médica e/ou acompanhamento com equipe multiprofissional.

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

III - Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde, quanto às subsequentes das interconsultas.

6.2.2. Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média duração, tais como sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., a partir do 2º atendimento deverão ser registrados como processos terapêuticos realizados (sessões) com a equipe multiprofissional.

6.3. Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais

6.3.1. São procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares. São realizados com anestesia local ou troncular, em consultório ou sala específica de procedimentos, sem a presença do médico anestesista e dispensam cuidados especiais no pós-operatório. Exemplo de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais: ressecção de lesões cutâneas, ressecção de tumores de pele, correção de pequenas cicatrizes, eletrocoagulação de verrugas, pterígio, vasectomia, biópsia de lesões, exérese de lipoma, dentre outras.

6.4. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT

6.4.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT contemplará os pacientes atendidos na Policlínica e também será disponibilizado para a Rede de Saúde, ou seja, atenderá pacientes que foram atendidos em outras unidades da rede e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo devidamente referenciados pela Regulação Estadual. Com isto, a unidade visa atender todos os municípios que integram a Macrorregião de abrangência da Policlínica.

SADT mínimo a ser ofertado/realizado na unidade:

Audiometria	Densitometria Óssea	Eletroneuromiografia	Holter	Punção Aspirativa por Agulha Grossa	Tomografia Computadorizada
Biopsias Gerais	Doppler Vascular	Endoscopia	Mamografia	Punção Aspirativa por Agulha Grossa	Ultrassonografia
Cistoscopia	Ecocardiografia	Emissões otoacústicas	Mapa	Radiologia	Urodinâmica
Colonoscopia	Eletrocardiografia	Espirometria	Nasofibroscopia	Teste Ergométrico	Videolaringoscopia
Colposcopia	Eletroencefalografia	Exames oftalmológicos*	Patologia clínica		

002345

002350

*Tonometria, teste ortóptico, campimetria, mapeamento de retina, biometria ultrassônica, teste do olhinho, fundo de olho dentre outros.

6.4.2. Destaca-se que todo o estoque de SADT da Policlínica deverá ser disponibilizado durante o atendimento do paciente na Policlínica e deverá ser realizado imediatamente após sua prescrição e/ou assim que possível, levando em consideração que alguns exames necessitam de preparo prévio para sua execução.

6.4.3. Os tipos de exames aqui descritos poderão sofrer mudanças, dependendo da avaliação dos mesmos, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da região de saúde. Pontua-se ainda que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente ou quando se fizer necessário e que o **PARCEIRO PRIVADO**, responsável pela administração da unidade, terá 45 (quarenta e cinco) dias para realizar a modificação solicitada com relação aos exames ofertados. Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de exames não ultrapassará o limite de exames totais propostos no Termo de Colaboração, e ocorrerá somente um ajuste de tipos de exames.

6.4.4. Caso haja necessidade de aquisição de novos equipamentos e/ou novas tecnologias para implantação de exames, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar à SES/GO, no prazo máximo de 01 (um) mês (após a solicitação de inclusão do exame), incluindo as adequações na estrutura física, caso necessário, o cronograma de implantação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento e custeio, a qual será analisada. Caso a solicitação seja somente de equipamento e/ou adequação estrutural, esta será realizada a título de investimento, obedecendo as normas da SES-GO. Contudo, se houver acréscimo no custeio geral do SADT do Termo de Colaboração, este deverá ser homologado através do Termo Aditivo ao termo. Ressalta-se que os projetos devem seguir as portarias e RDCs vigentes e específicas para cada serviço.

7. SERVIÇOS / PROGRAMAS ESPECIAIS

7.1. Práticas Integrativas e Complementares - PIC nas Policlínicas

7.1.1. As PIC são reconhecidas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006, posteriormente alterada para inclusão de novas práticas pela Portaria de Consolidação nº. 2/ GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXV - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e pela Portaria nº. 702/GM/MS, de 21 de março de 2018, sendo atualmente 29 (vinte e nove) práticas ofertadas, como mostra o quadro abaixo:

Práticas Integrativas e Complementares ofertadas no SUS			
Apiterapia	Cromoterapia	Yoga	Quiropraxia
Aromaterapia	Dança Circular	Medicina	Reflexoterapia
Arteterapia	Geoterapia	Musicoterapia	Reiki
Ayurveda	Hipnoterapia	Naturopatia	Shantala
Biodança	Homeopatia	Osteopatia	Terapia Comunitária Integrativa
Bioenergética	Imposição de Mãos	Ozonioterapia	Terapia de Florais
Constelação Familiar	Medicina Antroposófica	Plantas Medicinais/Fitoterapia	Termalismo Social/Crenoterapia
Yoga/Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura			

7.1.2. A Policlínica deverá ofertar, minimamente, dois tipos de PIC (das 29 práticas reconhecidas pelo Ministério da Saúde) na carteira de serviços disponíveis, conforme disponibilizado em https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/praticas-integrativas-e-complementares-pics-1. Ressalta-se que os profissionais da equipe multiprofissional e/ou médica deverão apresentar formação ou especialização específica na área em que forem atuar. As PIC são especialmente indicadas no tratamento complementar e integrativo da dor, das doenças crônicas não transmissíveis e outras condições, assim como, especialmente, na promoção da saúde. Deverão ser lançadas de forma individualizada, como procedimento, nos sistemas da SES-GO.

a) Para identificação do código do procedimento para registro da realização de PICS na unidade, deve-se consultar a Portaria nº 1988/2018: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57433373/do1-2018-12-31-portaria-n-1-988-de-20-de-dezembro-de-2018-57493196.

7.2. Telessaúde

7.2.1. Telessaúde, que foi instituída pela Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, é a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas.

7.2.2. Diante disto, a Policlínica Estadual deverá ofertar dentro do serviço de Telessaúde, a teleconsulta, telemonitoramento dos pacientes crônicos, telematriciamento da equipe da Atenção Primária, teleconsultoria, telediagnósticos e tele-educação, dentre outros serviços que a telessaúde permite. A unidade deve possuir todo aporte tecnológico para a realização desta atividade, bem como ter equipe técnica capacitada para utilização dessa tecnologia.

7.2.3. Ressalta-se que as vagas ofertadas para o serviço de telessaúde inicialmente serão para integração dos Profissionais da Policlínica com a Atenção Primária. O serviço será preferencialmente para apoio Matricial das equipes de atenção Primária, para a referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado do paciente atendido na Policlínica.

7.2.4. As vagas para o serviço de telessaúde serão ofertadas pela Policlínica para todas as equipes de atenção Primária da Macrorregião de abrangência da Policlínica. As vagas serão ofertadas e agendadas pela Unidade conforme escala pré estabelecida entre a equipe técnica da Regulação Estadual SES e o PARCEIRO PRIVADO e será revista e reorganizada conforme necessidade da demanda. Ressalta-se ainda que o registro do teleatendimento deve ser realizado no prontuário do paciente (no Sistema de Gestão Hospitalar) e compartilhada com a equipe de Atenção Primária.

7.2.5. As consultas realizadas neste serviço serão computadas junto com as consultas médicas e multiprofissionais, a depender do profissional que a realizará.

7.2.5.1. As consultas de telessaúde serão admitidas para interconsulta e retorno.

7.3. Serviço Especializado do Processo Transexualizador Na Modalidade Ambulatorial

7.3.1. O serviço especializado do Processo Transexualizador na modalidade ambulatorial constitui-se na oferta da assistência especializada no processo transexualizador para acompanhamento clínico para harmonização cruzada, bloqueio e reposição hormonal, bem como acompanhamento psicossocial com ênfase na saúde mental às pessoas transexuais e travestis realizado por equipe multiprofissional e interdisciplinar composta minimamente por:

a) Médico (clínico geral ou endocrinologista ou ginecologista e/ou urologista);

b) Médico psiquiatra;

002351

002352

c) Psicólogo;

d) Enfermeiro;

e) Assistente social;

f) Embora não seja obrigatório, os profissionais nutricionistas e fonoaudiólogos também poderão compor as equipes.

7.3.2. Para o acompanhamento no ambulatório especializado do processo transexualizador é necessário que a **PARCEIRA PRIVADA** garanta os seguintes exames laboratoriais e de imagem:

EXAMES DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR			
Mulheres Trans / Travestis		Homens Trans / Transmasculinos	
Laboratorial	Imagem	Laboratorial	Imagem
Hemograma	USG Abdome	Hemograma	USG Abdome
Glicemia de Jejum	USG Pélvico por dia Abdominal	Glicemia de Jejum	USG Pélvico por dia Abdominal
Colesterol Total e Frações	USG Mama	Colesterol Total e Frações	USG Mama
CR / Ur		CR / Ur	Mamografia
Potássio (K+)		Potássio (K+)	
TGO / TGP		TGO / TGP	
Testosterona Total		Testosterona Total	
Estradiol		Estradiol	
Prolactina		Prolactina	
Hormônio Luteinizante (LH)		Hormônio Luteinizante (LH)	
Hepatites A, B e C		Hepatites A, B e C	
HIV e Sífilis		HIV e Sífilis	
PSA			

7.3.3. Dentre as necessidades para implemento do serviço especializado do processo transexualizador, modalidade ambulatorial, segue a relação dos fármacos utilizados no acompanhamento clínico para hormonização cruzada, bloqueio e reposição hormonal, a serem assegurados ao usuário:

HORMÔNIOS E BLOQUEADORES HORMONAIS	
MtF: Masculino para Feminino	FtM: Feminino para Masculino
Acetato de Ciproterona 50 mg	Undecilato de Testosterona 250 mg/ml**
Espironolactona (comprimido de 25 ou 100 mg)	Testosterona em gel (a 1% ou 5%)
Estradiol 2 mg	Deposteron 200 mg/2ml
Diane 35 (acetato ciproterona 2mg e etinilestradiol 0,035)	Durateston 250 mg/1ml
Perlutan (150mg/1ml algestona e 10mg/ml enantato estradiol)	
Estrogênios conjugados	
Primogyna 2 mg	
** *O Undecilato de Testosterona 250 mg/ml será fornecido e custeado por meio de ressarcimento, após comprovação do efetivo execução por meio de relatórios médicos e/ou dados extraídos do Sistema Oficial de prontuários da unidade/Sistema de Gestão Hospitalar. O fornecimento será informado para o setor de monitoramento da SES-GO, em separado. A Gerência de Atenção às Populações Específicas validará as informações referentes ao hormônio em questão e similares, quando necessário.*	

7.3.4. As pessoas que demandam esse tipo de assistência serão encaminhadas pela Atenção Primária via regulação conforme as diretrizes do Protocolo Clínico Estadual de Regulação do Acesso Ambulatorial da Regulação Estadual, responsável pela gestão das listas de espera por serviços ambulatoriais especializados, por meio de critérios de prioridade de atendimento e fluxos já estabelecidos pela SES-GO.

7.3.5. O matriciamento da equipe mínima do processo transexualizador modalidade ambulatorial implementada na Policlínica será realizado pela equipe assistente do Ambulatório especializado no processo transexualizador do Hospital Dr. Alberto Rassi/HGG que possui o expertise técnica.

7.3.6. A dispensação dos fármacos estabelecidos para o protocolo de hormonização cruzada, bloqueio e reposição hormonal inseridos no acompanhamento clínico, estarão atreladas à periodicidade da prescrição médica que pode variar de acordo com as condições clínicas de cada pessoa.

7.4. **Serviço De Assistência Especializada – SAE (GRUPO 12)**

7.4.1. SAE é um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids e Hepatites Virais. O objetivo deste serviço é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar, com a finalidade de prestar assistência clínica, terapêutica, farmacêutica e psicossocial, em nível ambulatorial, ficando o paciente a uma equipe multidisciplinar que o acompanhará ao longo de sua doença e realizará as seguintes atividades:

7.4.1.1. Prestar atendimento médico, de enfermagem, psicológico, social e assistência farmacêutica ao paciente com HIV/Aids e Hepatites Virais;

7.4.1.2. Adequar ou facilitar o acesso a outras especialidades médicas como oftalmologia, dermatologia, ginecologia/obstetrícia, psiquiatria, proctologia, urologia, neurologia, endoscopia, broncoscopia, odontologia dentre outras;

7.4.1.3. Realizar coleta de amostras para exames laboratoriais que poderão ser processados em laboratório local ou referenciados ao laboratório de referência;

7.4.1.4. Dispensar os medicamentos padronizados pelo Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, conforme solicitações médicas, obedecendo os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, à logística de insumos, por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SiCLOM) e à otimização de recursos;

7.4.1.5. Orientar sobre normas de biossegurança os pacientes e seus familiares;

7.4.1.6. Oferecer aconselhamento sobre IST/HIV/AIDS aos pacientes e seus familiares;

7.4.1.7. Prestar assistência aos acidentados com exposição ao material biológico, vítimas de violência sexual e exposição pós-sexual;

002353

7.4.1.8. Constituir em referência para multiplicação de conhecimentos em IST/HIV/AIDS, sobretudo para a rede básica de saúde.

7.4.1.9. Para fins de habilitação no Ministério da Saúde a unidade deverá manter uma equipe específica para a Equipe Básica SAE (GRUPO 12) com: médico infectologista; farmacêutico; enfermeiro; assistente social; psicólogo; cirurgião – dentista (clínico geral) e técnico de enfermagem.

7.4.1.10. Compete a Equipe Técnica da Gerência da Assistência Farmacêutica (GERAF/SPAIS/SES) a distribuição dos medicamentos do SAE para as Policlínicas, o assessoramento e a supervisão das ações do Programa de dispensação de medicamentos do SAE executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e disponibilização do acesso ao sistema do Ministério da Saúde para registro das movimentações desses medicamentos.

7.4.1.11. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** receber, armazenar e dispensar os medicamentos sob sua responsabilidade conforme legislação sanitária vigente e as Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação de Medicamentos, assim como contratação de mão-de-obra qualificada para realização e forma a garantir a realização da consulta farmacêutica de acordo com os critérios de seleção pré estabelecidos. Ao verificar necessidade de aumento no quantitativo de profissionais para atender a demanda descrita acima, a área técnica da SES informará o Parceiro Privado.

7.4.1.12. Ressalta-se que haverá Protocolo e Fluxo de atendimento da Farmácia referente à dispensação dos medicamentos do SAE e estes serão atualizados de acordo a necessidade e as normas vigentes. A dispensação dos medicamentos do SAE deverá ser realizado pela unidade (Policlínica) e ser registrado no prontuário eletrônico do paciente.

7.4.1.13. A Equipe Técnica da Gerência da Assistência Farmacêutica (GERAF/SPAIS/SES) será a responsável por elaborar e organizar o Protocolo e Fluxo de Atendimento referente à dispensação dos medicamentos do SAE e disponibilizá-lo para o **PARCEIRO PRIVADO**.

7.4.1.14. Ressalta-se que poderão ocorrer mudanças e/ou adequações no Protocolo e Fluxo de atendimento o que será informado para o **PARCEIRO PRIVADO.**

7.4.1.15. O SAE será implantado gradativamente nas Policlínicas com o apoio, supervisão e orientação das equipes técnicas da SES-GO.

7.5. **Centro Especializado em Odontologia (CEO II)**

7.5.1. Centro Especializado em Odontologia (CEO) é um estabelecimento de saúde, criado através da Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006 e participante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES classificado como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, que tem como objetivos oferecer à população os serviços especializados em odontologia que não podem ser solucionados na Rede de Atenção Primária.

7.5.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar à SES/GO; no prazo de 01 (um) mês após a assinatura do ajuste do termo, o projeto para implantação dos serviços de Odontologia ou a proposta para continuidade da implantação deste serviço, incluindo as adequações na estrutura física, caso necessário, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento, que será analisada e homologada por meio de investimento. Ressalta-se que os projetos devem seguir as portarias e RDCs vigentes e específicas para cada serviço.

7.5.3. Após aprovação dos projetos pela SES/GO ou após autorizada a continuidade do projeto, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7.5.3.1. Em caso de projetos que já se encontrem em andamento, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá dar continuidade ao mesmo, visando a implantação do serviço.

7.5.4. O CEO Tipo II deve possuir **quatro** consultórios odontológicos, ofertando serviço Especializado de Odontologia e realizar, **no mínimo**, as seguintes atividades: Periodontia; Cirurgia Oral Menor dos Tecidos Moles e Duros; Endodontia; Atendimento a Pessoas com Deficiência e Diagnóstico Bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção de câncer de boca.

7.5.4.1. Enquanto o serviço não estiver efetivamente implantado, o recurso financeiro específico para essa linha de pactualização não será repassado.

7.5.4.2. O serviço somente será iniciado após a disponibilização do número necessário de consultórios/cadeiras, assim como do mínimo de especialidades, com anuência da SES-GO.

7.5.4.3. As condições especiais de saúde poderão ser atendidas no CEO II, desde que haja uma justificativa e/ou indicação clínica para o atendimento especializado.

7.6. **Clínica de Serviços Dialíticos (Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico, Atenção Especializada em DRC com hemodiálise, Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal)**

7.6.1. A insuficiência renal crônica é uma doença progressiva e irreversível dos rins. É causada por uma lesão provocada habitualmente por anos de agressão contínua aos rins, como nos casos de pacientes com Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial ou Glomerulonefrites.

7.6.2. A Terapia de substituição renal ou terapia renal substitutiva (TRS) é um termo usado para abranger os tratamentos para a insuficiência renal. Ela inclui: hemodiálise, diálise peritoneal, hemofiltração e transplante renal.

7.6.3. A TRS a ser implantada na Policlínica deverá contar com atendimento técnico especializado em todas as áreas de saúde e apoio diagnóstico. Além do acesso ao diagnóstico precoce, e ao tratamento conservador, retardando a inserção do indivíduo na TRS, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente Renal Crônico.

7.6.4. Para tal atendimento, o funcionamento deverá ser de segunda a sábado, em turnos terapêuticos de 4 horas respeitando o intervalo mínimo de 1 hora entre as sessões, podendo chegar ao máximo de 3 (três) turnos diários, desde que previamente autorizado pela SES-GO formalmente.

7.6.5. O tratamento se dará por equipe multiprofissional exclusiva composta por: 1 (um) médico nefrologista RT e 1 (um) médico nefrologista plantonista, 1 (um) Enfermeiro RT e 1 (um) enfermeiro para 35 (trinta e cinco) pacientes por turno, 1 (um) técnico de enfermagem para 4 (quatro) pacientes.

7.6.6. A terapia deverá ser complementada por equipe multiprofissional nas especialidades: 1 (um) assistente social, 1 (um) nutricionista, 1 (um) psicólogo e 1 (um) fisioterapeuta. A assistência ofertada será composta por tratamentos por Hemodiálise – HD e Diálise Peritoneal – DP, Tratamento Convencional Pré-Dialítico e Tratamento Não-Dialítico.

Diálise Peritoneal	É uma técnica fisiológica que utiliza a membrana peritoneal (membrana que envolve os órgãos abdominais), atua como um filtro do sangue, removendo do corpo. Realizada pelo próprio doente ou por um familiar.
Hemodiálise	Opção de tratamento que realiza a filtragem das substâncias do sangue através de uma máquina, ou seja, o procedimento funciona como um rim artific
Tratamento Conservador	Consiste em todas as medidas clínicas (remédios, modificações na dieta e estilo de vida) que podem ser utilizadas para retardar a piora da função renal, prevenir complicações ligadas à doença renal crônica, objetivando o retardo da progressão ou a estabilização da doença.

7.6.7. A Equipe Técnica da SPAIS/SES participará em conjunto com a equipe técnica do **PARCEIRO PRIVADO** para elaborar e organizar o Protocolo da Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal) para que a mesma ofereça o melhor serviço de saúde para a população da Região de Saúde.

7.6.8. O serviço de TRS, também deverá fornecer ao usuário renal crônico sob seus cuidados:

I - Atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade, bem como [illegible] mesmos, nos casos de internação hospitalar;

002353

002356

II - O aporte nutricional, durante a permanência do usuário na policlínica, mediante avaliação do nutricionista;

III - Os exames laboratoriais e/ou de imagem, conforme disposto nas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC;

IV - A viabilização dos acessos (fístula arterio venosa, permicath, próteses) necessários à realização da hemodiálise, bem como o implante de cateter para diálise peritoneal, de acordo a necessidade do usuário, seguindo o fluxo pré estabelecido pela SES;

V - O monitoramento do uso dos medicamentos complementares às terapias renais será de responsabilidade do serviço de TRS e equipe multiprofissional.

7.6.9. Cabe à Policlínica a atenção aos pacientes ambulatoriais que estão em estágio de risco de lesões renais leves, moderados e pré dialíticos. Em consonância às legislações vigentes e a linha do Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica estabelecida pelo Ministério da Saúde.

7.7. **Transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual da Região do Entorno- Unidade Formosa**

7.7.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar 2 (dois) veículos automotores, sendo 1 (um) deles tipo ônibus e 1 (um) tipo VAN. O ônibus deve conter: versão rodoviária, elevador rodoviário (DPM – Dispositivo Móvel de Poltrona), rede wifi disponível, no mínimo 28 (vinte e oito) poltronas e a Van deverá ter no mínimo 15 lugares. Todos os veículos devem ser equipados com ar-condicionado e itens de segurança obrigatórios exigidos pela legislação vigente. Os veículos circularão pelas cidades da macrorregião *Nordeste* e levarão os pacientes até a **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Unidade Formosa**, para as Sessões de Tratamento em Hemodiálise, conforme rota pré-estabelecida em Protocolo disponibilizado pela SES.

7.7.2. Os roteiros dos veículos deverão ser planejados conforme a demanda da região de saúde, e devem seguir as orientações da Equipe Técnica da SES (SPAIS e SUREG, em conjunto), a qual será a responsável por elaborar e organizar o protocolo e rota de utilização dos micro-ônibus/VAN e disponibilizá-los para o **PARCEIRO PRIVADO**.

7.8. **Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**

7.8.1. O serviço de dispensação de medicamentos do CEAF tem como objetivo melhorar o acesso dos usuários do SUS a estes medicamentos e descentralizar o Programa de Dispensação para as Policlínicas que serão implementadas nas macrorregiões de saúde, de acordo com a Portaria GM/MS 1.554, de 30 de julho de 2013 e normatizações vigentes.

7.8.2. Compete ao **CENTRO ESTADUAL DE MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO – Juarez Barbosa** a distribuição dos medicamentos para as Policlínicas, o assessoramento e a supervisão das ações do Programa de dispensação de medicamentos do CEAF executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e disponibilizar o sistema próprio para registro das movimentações dos medicamentos.

7.8.3. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** receber, armazenar e dispensar os medicamentos sob sua responsabilidade conforme legislação sanitária vigente e as Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação de Medicamentos, assim como contratação de mão-de-obra qualificada para realização do serviço proporcional ao número de processos que serão atendidos na Policlínica e que garanta a realização da consulta farmacêutica. Em caso de aumento da demanda, a mesma será informada previamente pela contratante.

7.8.4. Ressalta-se que haverá Protocolo e Fluxo de atendimento da Farmácia referente à dispensação dos medicamentos do CEAF e estes serão atualizados de acordo a necessidade e as normas vigentes. O agendamento do atendimento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica deverá ser realizado pela unidade (Policlínica), sendo registrado no prontuário do paciente.

7.8.5. A Equipe Técnica da SPAIS/SES será a responsável por elaborar e organizar o Protocolo e Fluxo de Atendimento referente à dispensação dos medicamentos do CEAF, e disponibilizá-lo para o **PARCEIRO PRIVADO**.

7.8.6. Ressalta-se que poderão ocorrer mudanças e/ou adequações no Protocolo e Fluxo de atendimento, o que será informado para o **PARCEIRO PRIVADO** e disponibilizado em sítio eletrônico da SES-GO.

7.8.7. Serão contabilizados como atendimentos mensais o número de pacientes com processo de medicamentos do CEAF atendidos no mês.

7.9. **Situações de Urgência/Emergência**

7.9.1. As Policlínicas Estaduais realizam apenas o atendimento especializado ambulatorial, sendo os atendimentos de urgência e emergência prestados em outros pontos da rede de saúde como as Unidades Básicas e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

7.9.2. Porém, os profissionais devem estar preparados para lidar com as eventuais situações de urgência/emergência que ocorram nas Policlínicas. Nestes casos, conforme a gravidade, deve ser acionado o SAMU para suporte e transferência. Todas as medidas de estabilização clínica/hemodinâmica necessária devem ser realizadas até a remoção do paciente. Os profissionais devem registrar no sistema de informação estes atendimentos com o maior detalhamento possível.

7.9.3. Todas as policlínicas devem manter um carrinho de emergência, com elenco de medicamentos e quantitativos definidos pela legislação vigente e protocolos de Suporte de Vida Básico e Avançado, em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), sendo que o controle de estoque deve ser realizado periodicamente em ação conjunta da equipe de farmácia e enfermagem.

7.9.4. Para os casos de pacientes que apresentarem intercorrências durante as sessões de hemodiálise, a Policlínica de Formosa prestará o primeiro atendimento e estabilização do quadro clínico e contará com o apoio do Hospital Estadual de Formosa- HEF como unidade retaguarda para os casos graves, devendo inserir a solicitação de transferência no sistema da Regulação Estadual, com teste COVID e demais exames necessários em anexo à ficha de solicitação, para que seja providenciado pela mesa reguladora da urgência a autorização para o encaminhamento em tempo hábil.

7.10. **Projetos especiais e novas especialidades de atendimento**

7.10.1. Caso, ao longo da vigência do Termo, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se proponham a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.10.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Termo de Colaboração.

7.10.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria SES/GO nº 2.116, de 7 de dezembro de 2021, ou outra norma vigente que venha modificá-la ou substituí-la.

7.10.4. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

7.10.5. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

7.10.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7.10.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do termo de colaboração, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no item 7.2.

002357

002358

7.10.7.1. O requerimento de investimento com recursos provenientes de emendas parlamentares seguirá o mesmo rito acima especificado.

8. DA COMUNICAÇÃO

8.1. Considerando a necessidade de comunicação da Secretaria de Estado da Saúde com o público externo, e com a imprensa em geral como intermediária dos meios de informação e divulgação; e ainda, internamente, com os públicos afetos à sua atividade de saúde pública, a SES-GO adota um padrão e linguagem uniforme para suas práticas de Comunicação, seja visual, em mídias sociais e outras;
O **PARCEIRO PRIVADO** deverá, pois, manter contato com a Comunicação Setorial da pasta, com vistas à padronização de comunicados, notas, releases, estratégias, artes para impressos, vídeos em geral, orientações quanto à identidade visual e relacionamento com a imprensa em geral;

8.2. Caberá à Comunicação Setorial orientar e validar as informações externas conforme manuais e instruções;

8.3. É responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, na execução dos contratos, sob orientação da Comunicação Setorial, proceder a ações que zelem pela imagem da instituição SES, cuidando de expressar e se referir às unidades como "rede própria da Secretaria de Estado da Saúde" ou "unidade do Governo de Goiás" em qualquer emissão de mensagem em meio escrito, gravado ou em áudio, bem como inserir as logomarcas SUS, SES, Governo de Goiás, nos documentos e vídeos, obrigatoriamente, seja para divulgação interna ou externa;

8.4. O planejamento de comunicação da unidade de saúde e sua assessoria de imprensa local, deve estar sob a supervisão orientativa da Comunicação Setorial da SES para efeito de uniformidade dos materiais produzidos; sendo que a comunicação corporativa não deve ter prioridade sobre a institucional e deve caminhar em acordo com esta última.

8.5. As logomarcas dos **PARCEIROS PRIVADOS** podem constar em documentos internos mas, jamais, em fachadas, placas ou letreiros, bem como nos materiais externos, salvo em mídia específica sobre o **PARCEIRO PRIVADO**;

8.6. É dever do **PARCEIRO PRIVADO** proceder à revisão sistemática das fachadas, totens e letreiros semelhantes adequando-os à atualização necessária e logomarcas oficiais;

8.7. É responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** promover, divulgar e documentar ações de interesse da unidade, junto à imprensa em geral, e outros públicos de interesse, porém compartilhando toda e qualquer mídia produzida/gravada pela unidade, via DVD, juntamente com a prestação de contas, a ser fornecido para efeito de documentação, memória e história;

8.8. É dever do **PARCEIRO PRIVADO** proceder à mais eficiente comunicação interna com os pacientes, acompanhantes e familiares lançando mão de técnicas e tecnologias que informem a rotina, alterações, boletins e qualquer outros enunciados de forma clara e objetiva e a mais acessível que for possível;

8.9. As contas das redes sociais quando se referirem às unidades SES são de propriedade do Governo de Goiás e submetidas à orientação da Secom/Comset, mas administradas para efeito de alimentação e conteúdo pelas assessorias locais do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de acesso cedido, as quais devem manter profissionais aptos a esse tráfego.

9. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

9.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

a) Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal;

b) Relatórios referentes aos indicadores de Produção e de Desempenho, em regime diário/mensal;

c) Relatório de Custos, em regime mensal;

d) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outro.

9.2. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**;

9.3. Em atendimento às determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do **PARCEIRO PÚBLICO**, para garantir o direito constitucional de acesso à informação;

9.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter seu estatuto social atualizado, contendo inclusive a informação de quem seja o autorizador de despesa da entidade.

10. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS - GERENCIAMENTO E ATENDIMENTO DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO- UNIDADE FORMOSA

10.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

10.1.1. Aderir e alimentar o(s) sistema(s) de informação a ser(em) disponibilizado(s) pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, regulação, controle, avaliação e fiscalização de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

10.1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros dos procedimentos da Tabela SUS realizados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, garantindo que todos os procedimentos lançados no sistema de gestão hospitalar sejam registrados de forma integral nos sistemas ministeriais;

10.1.3. Os procedimentos da Tabela SUS devem ser registrados e faturados em concordância com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS;

10.1.4. Atualizar, periodicamente ou sempre que necessário, a listagem de profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento, sua respectiva carga horária, instalações físicas, serviços especializados e suas respectivas classificações, leitos e equipamentos, procedendo aos devidos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, garantindo que todos os procedimentos lançados no sistema de gestão hospitalar sejam registrados de forma integral nos sistemas ministeriais;

10.1.5. Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

10.1.6. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

10.1.7. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites, eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe sejam cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

10.1.8. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no estabelecimento de saúde, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais

002359

documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no estabelecimento, observando, inclusive as Resoluções e Instruções vigentes do Conselho Federal de Medicina;

10.1.9. Zelar pela integridade, acondicionamento adequado e guarda dos prontuários dos pacientes assistidos no respectivo estabelecimento de saúde, ainda que produzidos fora da sua gestão, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

10.1.10. No caso de troca de gestão da unidade, se responsabilizar pela condução da entrega dos prontuários e documentação referente aos atendimentos do paciente, seja assistencial ou para fins de faturamento, ao substituto que ocupará a sua função e herdará os arquivos, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

10.1.11. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes as glosas aplicadas ao **PARCEIRO PÚBLICO**, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde referentes a produção hospitalar/ambulatorial (SIA/SIH) e dados referentes ao Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mediante notificação prévia do mesmo;

10.1.12. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

10.1.13. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou projeto, em razão da execução deste termo;

10.1.14. Consolidar a imagem do **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE** como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

10.1.15. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Termo, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente termo, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

10.1.16. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, nome da mãe, data de nascimento, Registro Civil (RG) e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

10.1.17. Em relação aos direitos dos usuários, o **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a:

10.1.17.1. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e responsabilizar-se pelos arquivos, considerando os prazos previstos em lei, inclusive dos prontuários produzidos anteriores a sua gestão;

10.1.17.2. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

10.1.17.3. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade;

10.1.17.4. Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Termo;

10.1.17.5. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

10.1.17.6. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

10.1.17.7. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;

10.1.17.8. Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e nos demais casos previstos em legislações específicas;

10.1.17.9. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários;

10.1.17.10. Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; Garantir o pleno acesso da Ouvidoria do SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

10.1.18. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias;

10.1.19. Implantar ou Manter um Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, diretamente ligado à Ouvidoria do SUS da unidade, responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS;

10.1.20. Ouvidoria e SAU são serviços complementares de atendimento ao usuário e seus atendimentos devem ser registrados no sistema oficial de ouvidoria do SUS, conforme a natureza de atendimento, qual seja: manifestação de ouvidoria ou disseminação de informação;

10.1.21. Executar anualmente uma auditoria independente, para que a mesma ateste a confiabilidade da Pesquisa de Satisfação aplicada pela unidade através do Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria. Após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada;

10.1.22. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei Estadual nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, e em conformidade com a legislação federal e estadual correlata;

10.1.23. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores do estabelecimento de saúde de forma global e segmentada por vínculo (estatutário, se for o caso, e celetista);

10.1.24. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

10.1.25. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, substituição de sistema informatizado (software), nem na estrutura física do **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

10.1.26. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Termo;

10.1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, um Núcleo Interno de Agendamento – NIA, conforme orientações e diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde.

10.1.28. O NIA deverá possuir Protocolos com definição dos processos de trabalho realizados na unidade;

10.1.29. O NIA deverá estar localizado em área de fácil acesso dentro da unidade de saúde e possuir estrutura física mínima de: sala, computadores, impressora, acesso à internet compatível com as necessidades dos sistemas de regulação utilizados e linha telefônica;

10.1.30. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas, Comitês, Equipes, Núcleos e Serviços:

I - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

II - Comissão de Ética Médica;

III - Comissão de Ética Multiprofissional;

IV - Comissão de Controle de Infecção Relacionadas a Assistência à Saúde (CCIRAS);

002361

002362

V - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

VI - Comissão de Farmácia e Terapêutica;

VII - Comissão de Proteção Radiológica;

VIII - Comissão de Biossegurança;

IX - Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

X - Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);

XI - Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

XII - Comitê de Compliance;

XIII - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

XIV - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).

10.1.31. Quando o "ANEXO II - Ensino e Pesquisa" indicar a existência de Residência Médica e/ou Residência Multiprofissional, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá possuir e manter em pleno funcionamento a Comissão de Residência Médica (COREME) e/ou a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), além das estabelecidas no item 10.1.30.

10.1.32. Em se tratando de estabelecimento de saúde novo ou de nova gestão, o **PARCEIRO PRIVADO** terá até 60 (sessenta) dias do início da vigência do Ajuste para constituir as comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;

10.1.33. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se responsabilizar pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória, quando existentes, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

10.1.34. Estabelecer, implementar e disponibilizar *"on line"* e na plataforma SIGUS da SES-GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 509/ANVISA, de 27 de maio de 2021, e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

10.1.35. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área;

10.1.36. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde, bem como, implementar e disponibilizar *"on line"* e na plataforma SIGUS da SES-GO, o Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 509/ANVISA, de 27 de maio de 2021, NBR 5410, NBR 13534, NBR 15943 e as demais resoluções;

10.1.37. Proporcionar condições de infraestrutura predial e controle de qualidade do ar em ambientes climatizados. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá implantar e manter durante a vigência deste Termo, Plano de Manutenção, Operação e Controle Predial – PMOCP e Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC com programação das manutenções preventiva, rotineira e corretiva, de forma a operacionalizar e supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários com profissional que tenha competência legal para garantia de segurança dos sistemas e da edificação conforme especificações contidas na NBR 13971/97, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674 da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e exigências do Ministro de Estado da Saúde e ANVISA, por meio da Portaria nº 3.523/GM/MS, de 28 de agosto de 1998, Resolução-Re nº 09/ANVISA, de 16 de janeiro de 2003 e as demais resoluções;

10.1.38. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, manter durante a vigência deste termo um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a unidade de saúde conforme a Resolução RDC 509/ANVISA, de 27 de maio de 2021, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

10.1.39. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

10.1.40. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da RDC nº 611/ANVISA, de 09 de março de 2022, bem como a NBR ISO Promover manutenção preventiva para equipamentos e instalações relacionados com infraestrutura como: grupo gerador de emergência, quadro de distribuição de energia, sistema elétrico e luminotécnico, Sistema de Proteção Contra Descarga Atmosférica (SPDA) e aterramento, sistema de ar condicionado, caixas d'água, sistema hidráulico, telefonia, rede lógica, entre outros;

10.1.41. Prover programa de manutenção preventiva para sistemas de proteção e combate a incêndios e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC);

10.1.42. A unidade desenvolverá uma Política de Gestão de Pessoas, assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE. A gestão da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa, respeitará a Legislação Ambiental, incluindo a posse de toda a documentação exigida.

10.1.43. O rol de leis e normas sanitárias nas quais a gerência do estabelecimento de saúde, conforme o seu perfil, deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

a) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

b) Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

c) Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, dispõe sobre o estágio de estudantes e alterações;

d) Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

e) Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, dispõe sobre o acesso a informações e a aplicação da Lei federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do Estado de Goiás, institui o serviço de informação ao cidadão e dá outras providências;

f) Norma Regulamentadora MTE nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;

g) Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde, 2017, ou publicação que venha a substituí-lo;

h) Nota Técnica n.º 1/2022/SCRS/SES, que trata do Dimensionamento de recursos humanos atuando exclusivamente no Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e regulação estadual;

i) Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), que define critérios e parâmetros de caráter qualitativo, ou publicação que venha a substituí-lo;

002369

002364

j) PNEPS – Política de Educação Permanente - define critérios e parâmetros para formação e o desenvolvimento de profissionais e trabalhadores do SUS;

k) Portaria nº 342/SES/GO, de 24 de fevereiro de 2022, que institui o Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), no âmbito da SES/GO, para fins de monitoramento, avaliação e fiscalização dos ajustes firmados com entidades conveniadas e do terceiro setor, e suas alterações posteriores;

l) Portaria nº 3.418/GM/MS, de 31 de agosto de 2022, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;

m) Portaria nº 1.619/SES/GO, de 11 de setembro de 2020, que dispõe sobre a Estruturação e Atribuições dos Núcleos Internos de Regulação - NIR das Unidades da Rede Própria e das Unidades Conveniadas/Contratadas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e dá outras providências; e alterações que vierem a ocorrer;

n) Portaria nº 1.046/SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade;

o) Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, especificadamente no que se refere ao Anexo I, do Anexo XXI, Capítulo I – Da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexual, Travestis e Transexuais, que: "redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)";

p) Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

q) Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem Portaria nº 204/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2016 (revogada), definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;

r) Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo VI (Origem Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012-revogada), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; Anexo III (Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE); Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo;

s) Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; com ênfase nos Anexos XXIV (Política Nacional de Atenção Hospitalar); XXXI (Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade) e XXXII (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica); Anexo XXV - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC);

t) Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, Título IV - do planejamento;

u) Portaria nº 702/GM/MS, de 21 de março de 2018 - Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC;

v) Portaria nº 1.988/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2018 - Atualiza os procedimentos e serviço especializado de Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Procedimentos Medicamentos Órteses Próteses e Materiais Especiais do SUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

w) Portaria nº 3.415/GM/MS, de 22 de outubro de 2018 – Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica – DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

x) Portaria Conjunta nº 1/GM/MS, de 16 de janeiro de 2013, que altera na Tabela do Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento;

y) Portaria nº 3.588/GM/MS, de 21 de dezembro de 2017 - Altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências

z) Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo IV - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

aa) Portaria 202/SAS/MS, de 19 de junho de 2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nas Unidades Assistenciais do Sistema Único de Saúde;

ab) RDC nº 611/ANVISA, de 09 de março de 2022, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas;

ac) Resolução nº 672/CFF, de 18 de setembro de 2019 – Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito dos serviços de diálise;

ad) RDC nº 222/ANVISA, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;

ae) RDC nº 34/ANVISA, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue;

af) RDC nº 36/ANVISA, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

ag) RDC nº 15/ANVISA, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências;

ah) RDC nº 51/ANVISA, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);

ai) RDC nº 50/ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada;

aj) Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

ak) Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico;

al) Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.

002365

am) Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020.

am) Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998 que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

an) RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009 que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

ap) RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007 que dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em farmácias.

aq) Resolução CFF nº 585/2013 que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências;

ar) Resolução CFF Nº 619/2015 que dá nova redação aos artigos 1º e 2º da Resolução CFF nº 449/2006, que dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica;

as) RDC nº 430, de 8 de outubro de 2020 que dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos.

at) RDC nº 509, de 27 de maio de 2021 que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde.

au) RDC nº 45/2003 que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde;

av) RDC nº 80/2006 que dispõe sobre o fracionamento de medicamentos em farmácias e drogarias;

aw) Lei nº 13.021/2014 que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

ax) Lei nº 5.991/1973 que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências;

ay) Decreto nº 5.296/04, de 2 de dezembro de 2004, estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência.

10.1.44. Atender toda a legislação e normativas vigentes, e considerar que o rol apresentado neste item é exemplificativo.

10.1.45. Desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação, respeitando e atendendo as normativas estabelecidas pela SES-GO quanto ao assunto;

10.1.46. Implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de um repositório de informações únicas como instrumentos de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos termos de colaboração firmados, de acordo com Portaria n. 1046/SES/GO, de 03 de dezembro de 2019;

10.1.46.1. O Prontuário Único do Paciente será obrigatório, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todos devidamente escritos de forma clara e precisa, datados e assinados pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam);

10.1.46.2. Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria acima mencionada;

10.1.46.3. Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade proposta, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos termos de colaboração firmados;

10.1.46.4 Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente.

10.1.47. Será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista;

10.1.48. Deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais;

10.1.49. A Policlínica Estadual da Região do Entorno- Unidade Formosa, deverá possuir um Responsável Técnico (RT) médico, com registro no respectivo conselho de classe. O médico designado como Responsável Técnico da Unidade somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

10.1.50. Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria 1046 de Dezembro/2019;

10.1.51. Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade proposta, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos termos de colaboração firmados, conforme definido na Portaria n. 1046/SES/GO, de 03 de dezembro de 2019;

10.1.52. Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente;

10.1.53. Compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de imaginologia tendo como identificador único o CPF do paciente. Todas as imagens e laudos deverão ser enviadas para o sistema PACS/RIS da SES-GO, nos padrões definidos pela SES-GO;

10.1.54. O SGH (por meio do PEP) do **PARCEIRO PRIVADO** deverá ler estes exames (imagens e laudos) do sistema de PACS/RIS da SES-GO. Não há a necessidade de integrar o sistema PACS/RIS do **PARCEIRO PRIVADO** diretamente com o SGH (PEP). Os exames (imagens e laudos) anteriores (legados), caso ainda não tenham sido transferidos, também deverão ser enviados para o sistema da SES-GO visando que todo o histórico desses exames fique armazenado no sistema da SES-GO;

10.1.55. Comprometer-se a estabelecer um serviço de exames laboratoriais (SADT) que seja integrado ao SGH (PEP) e armazene no SGH todos os resultados (dados estruturados) e laudos devidamente assinados digitalmente;

10.1.56. Garantir a confiabilidade dos dados que serão integrados ao Sistema de Regulação em Saúde utilizado pela Regulação Estadual, para os processos regulatórios ambulatoriais, de urgência e emergência e internação, e processos de controle e avaliação referentes aos dados de processamento de informações (faturamento);

10.1.57. Arcar com a responsabilidade de manter a sustentação do sistema. A governança do projeto Saúde Digital, definido na Portaria n. 1046/SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, é da responsabilidade da SES-GO, portanto, o Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) contratado para atender a este projeto, deverá permitir que a SES tenha os seguintes privilégios: definir regras de negócio, permitir acesso total ao banco de dados, gerenciar as permissões de acessos, acompanhar os chamados abertos pelas unidades de saúde, priorizar a resolução dos chamados abertos, cobrar as soluções diretamente da empresa mantenedora do sistema, definir as novas funcionalidades e integrações a serem incorporadas, coordenar a homologação de novas funcionalidades;

10.1.58. Buscar pela tabulação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS;

002367

002368

10.1.59. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

10.1.60. Assegurar o cumprimento e atendimento **e registros de informações assistenciais e de faturamento** a todos os procedimentos requeridos pela SES-GO, que estejam previstos na Tabela SIGTAP/SUS vigente e alterações futuras, desde que em concordância com o perfil do estabelecimento de saúde;

10.1.61. Atender as normativas federais para recebimento de recursos dessa natureza, conforme orientações próprias contidas em Portarias Ministeriais e em concordância com orientações e normativas da SES-GO.

10.1.62. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes aos bloqueios judiciais aplicados ao **PARCEIRO PUBLICO**, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos de respostas das demandas judiciais e/ou administrativas, mediante notificação prévia do mesmo.

11. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS PACTUALIZADOS

11.1. Tendo em vista que a Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa funcionará com o perfil descrito sob Termo de Colaboração, cabe a SES/GO definir o perfil assistencial da unidade, planejar metas assistenciais e de qualidade, monitorar e avaliar os indicadores de desempenho e econômico financeiros definidos no Termo de Colaboração;

11.2. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia;

11.3. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais;

11.4. As equipes médica e multidisciplinar deverão ser disponibilizadas em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e compostas por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrados nos Conselhos de Classe pertinentes, ensejando que a unidade realize a atividade assistencial quantificada no termo;

11.5. O Serviço de Admissão/Recepção do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO;

11.6. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados por meio também de sistemas de informação de regulação, controle e processamento definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;

11.7. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a encaminhar as remessas de faturamento ambulatorial e o faturamento hospitalar à Secretaria de Estado da Saúde conforme cronograma anual estabelecido e disponibilizado previamente pela Coordenação Estadual de Processamento de Informações/Gerência de Controle e Avaliação/Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação para os e-mails: sia.sesgo@gmail.com; aih.sesgo@gmail.com, impreterivelmente;

11.8. A unidade deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas abordarão todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

II - METAS DE PRODUÇÃO

12. ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

12.1. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

12.1.1. **Consulta Médicas Especializadas**

12.1.2. **Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)**

12.1.2.1. O Estabelecimento de Saúde deverá disponibilizar consultas (médicas e multiprofissionais) e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Regulação Estadual, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório;

12.1.2.2. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará e ofertará a agenda à Regulação Estadual, conforme carta de serviços definida pela SES-GO. No entanto, para efeito de acompanhamento de metas, serão consideradas as consultas efetivamente realizadas/executadas;

12.1.2.3. As consultas ambulatoriais compreendem:

I - Primeira consulta;

II - Interconsulta;

III - Consultas subsequentes (retornos).

12.1.2.4. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Regulação Estadual ao Estabelecimento de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade;

12.1.2.5. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, desde que dentro da mesma linha de cuidado da primeira consulta regulada. Todas as interconsultas devem ser informadas no Sistema informatizado de regulação estadual;

12.1.2.6. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas no sistema informatizado de regulação estadual;

12.1.2.7. Para os atendimentos referentes a **processos terapêuticos** de média e longa duração, tais como: sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, Odontologia etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes;

12.1.2.8. Os atendimentos referentes a processos terapêuticos, embora contabilizem como consultas subsequentes, possuem natureza de sessão e, portanto, deverão ser informados de forma separada via Sistema de Monitoramento para efeito de acompanhamento;

12.1.2.9. A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pela Regulação Estadual. Assim, sempre que necessário, o **PARCEIRO PÚBLICO** solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou tipos de consultas, o que deverá ser cumprido pelo **PARCEIRO PRIVADO** em até 45 dias;

12.1.2.10. Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, **o quantitativo total de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais previstas no Termo de Colaboração,** ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas.

12.1.3. **Dispensação de medicamentos para pacientes do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**

12.1.3.1. A dispensação de medicamento do CEAF poderá ocorrer de duas formas: para o representante do município devidamente autorizado pelo secretário de saúde do município e para o próprio paciente ou seu representante legal.

002369

12.1.3.2. Nos casos em que a dispensação dos medicamentos for feita ao próprio paciente, é imprescindível que a mesma seja realizada pelo farmacêutico, que neste momento, além da dispensação, realizará consulta farmacêutica para avaliação da terapia prescrita e realizará o acompanhamento farmacoterapêutico nos casos necessários. Tais consultas poderão ser contabilizadas dentro das metas da equipe multi.

12.1.4. **Práticas Integrativas e Complementares – PIC;**

12.1.5. **Serviço Especializado do Processo Transexualizador Na Modalidade Ambulatorial;**

12.1.6. **Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12;**

12.1.7. **Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais;**

12.1.8. **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT: exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico;**

12.1.8.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo envolve o conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, que será disponibilizado à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos referenciados pela Regulação Estadual;

12.1.8.2. O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela Regulação Estadual, no limite da capacidade operacional do SADT;

12.1.8.3. Os exames a serem ofertados/executados dependerão da disponibilidade do recurso/equipamento, o que poderá ocorrer por locação/comodato ou outra forma de contratação devidamente autorizada.

12.1.9. **Centro Especializado em Odontologia (CEO II);**

12.1.10. **Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal);**

12.1.11. **Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual da Região do Entorno** (para efeito de acompanhamento).

12.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários da respectiva **Policlínica;**

12.3. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

12.4. Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

12.5. Na medida em que os indicadores forem homologados, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

12.6. Nada obsta, entretanto, que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios;

12.7. São consideradas como Metas de Produção, determinantes ao pagamento da parte assistencial/fixa, os seguintes critérios:

12.8. **Consultas Médicas especializadas:**

12.8.1. Especialidades Médicas a serem oferecidas no Ambulatório: quantidade mínima de consultas a serem ofertadas mensalmente, divididas por tipos de consultas:

Especialidades Médicas a serem oferecidas no Ambulatório da **Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa**
Anestesiologia*
Cirurgia Vascular
Cardiologia
Clínico Geral – linha do cuidado
Dermatologia
Endocrinologia
Gastroenterologia
Ginecologia
Obstetrícia (pré-natal de alto risco)
Hematologia
Infectologia
Mastologia
Nefrologia
Neurologia
Pediatria
Oftalmologia
Ortopedia/Traumatologia
Otorrinolaringologia
Pneumologia
Proctologia
Psiquiatria
Reumatologia
Urologia
* para acompanhamento de exames específicos; realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais que tenham a devida indicação de consultas especializadas.

002371

12.8.2. Do total de consultas mensais disponibilizadas e executadas por especialidade, o estabelecimento de saúde deverá adotar os seguintes critérios:

I - 30% do total de consultas ofertadas serão destinadas à realização de primeira consulta;

II - 30% do total de consultas ofertadas serão destinadas a realização de interconsulta;

III - 40% do total de consultas ofertadas serão destinadas à realização de consultas subsequentes (retornos);

** Todos deverão ser informados por meio dos sistemas eletrônicos de monitoramento da SES-GO.*

Consultas Médicas	Meta Mensal
Total	2.793

12.8.3. A Policlínica deverá atender todas as faixas etárias. Logo, o atendimento ocorrerá conforme necessidade e demanda identificada na região; ou na macrorregião ou ainda em todo o Estado de Goiás, a partir do encaminhamento pela Regulação Estadual.

12.8.4. As vagas ofertadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão preenchidas conforme a demanda identificada na região ou conforme a necessidade da macrorregião ou mesmo em todo o Estado de Goiás, a partir da Regulação Estadual.

12.8.5. Considerando que o profissional CLÍNICO GERAL – linha do cuidado, dentro da policlínica, tem como atribuição primordial ser o organizador central da Avaliação Global Interdisciplinar e o ordenador do Projeto Terapêutico Singular (PTS), não será ofertada vaga de primeira consulta (vaga externa para regulação) e o acesso a esse profissional será exclusivamente por interconsulta, para realização da Avaliação Global Interdisciplinar, com foco principal nas Linhas de Cuidado Prioritárias.

12.9. **Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos):**

12.9.1. Categorias profissionais mínimas para comporem as equipes da unidade, a serem estabelecidas em conjunto com a SES-GO. O profissional fonoaudiólogo é obrigatório para a realização de exames específicos da categoria.

Profissionais mínimos integrantes da Equipe Multiprofissional
Assistente Social
Enfermeiro
Farmacêutico
Fisioterapeuta
Fonoaudiólogo
Nutricionista
Psicólogo

12.9.2. As **consultas realizadas pela Enfermagem** poderão configurar consultas ambulatoriais se atenderem ao Decreto Lei nº 94.406, 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas da consulta:

I - análise dos dados contidos no prontuário;

II - entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento;

III - diagnóstico de enfermagem (de competência privativa do enfermeiro);

IV - resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico;

V - definição do plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e

VI - registro, que é a legitimação das ações deste profissional.

Consulta da Equipe Multiprofissional*	Meta Mensal
Total	2.674
**Excetuando consultas odontológicas que possuem metas específicas.*	

12.9.3. Segue a quantidade geral de oferta da equipe multiprofissional, dividido por tipo de consulta. Não será ofertada vaga de primeira consulta (vaga externa para regulação) para profissionais da equipe multiprofissional.

Procedimento	Interconsulta	Retorno/Sessões	Meta total no mês
Consulta equipe multiprofissional	802	1.872	2.674

12.9.4. **Serviço de Telessaúde**

12.9.4.1. A produção do serviço de Telessaúde está relacionada à equipe que ofertar o atendimento: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Ressalta-se que as vagas ofertadas para o serviço de Telessaúde também serão para integração dos Profissionais da Policlínica com a Atenção Primária.

12.10. **Consultas Farmacêuticas para pacientes que recebem medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):**

12.10.1. Os **atendimentos realizados pelo farmacêutico** serão configurados como consultas ambulatoriais, incluindo orientações sobre [illegible] injetáveis, em concordância com o item 12.4.7 do presente instrumento e será monitorado pela área técnica específica da SES-GO.

0023

002374

Consultas Farmacêuticas	Meta Mensal
Total	≥ 50% dos processos atendidas no mês

12.11. **Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):**

Percentual de dispensação de medicamentos em relação aos processos cadastrados	Meta Mensal
Total	≥ 50% dos processos cadastrados na unidades

12.12. **Práticas Integrativas e Complementares – PIC**

12.12.1. A produção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) está relacionada à equipe que ofertar estas terapias: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Ressalta-se que as vagas ofertadas para as PIC serão somente interconsulta e consultas subsequentes.

12.13. **Serviço de Assistência Especializada - SAE - GRUPO 12**

12.13.1. Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

12.13.2. Porém, para fins de habilitação junto ao Ministério da Saúde, deverá ser considerada uma equipe específica para a Equipe Básica SAE (GRUPO 12) com: médico infectologista; enfermeiro; assistente social; psicólogo; cirurgião – dentista (clínico geral) e técnico de enfermagem.

12.14. **Serviço Especializado do Processo Transexualizador Na Modalidade Ambulatorial**

12.14.1. Os atendimentos dos profissionais do serviço especializado do processo transexualizador estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional, porém fica estabelecida uma produção mínima da equipe conforme o quadro abaixo:

Produção mínima da equipe especializada do processo transexualizador*		
Médica	Multiprofissional	Total
15 consultas	35 consultas	50 consultas
Essa produção deverá ser informada separadamente para efeito de acompanhamento, já que comporá a meta geral de consultas.		

12.14.2. Para fins de habilitação junto ao Ministério da Saúde, deverá ser considerada uma equipe específica para compor a Equipe Mínima do processo transexualizador modalidade ambulatorial com: médico (clínico geral, ou endocrinologista, ou ginecologista e/ou urologista), médico psiquiatra; psicólogo; enfermeiro e assistente social.

12.15. **Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais**

Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	Meta Mensal
Total	14

12.16. **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT**

12.16.1. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT mínimos a serem realizados:

SADT Externo	Meta Mensal (interno e externo)
Análises Clínicas	Deve atender a necessidade interna da unidade*
Audiometria	10
Colposcopia	10
Colonoscopia	10
Culposcopia	10
Densitometria Óssea	50
Doppler Vascular	85
Ecocardiografia	70
Eletrocardiografia	114
Eletroencefalografia	12
Eletroneuromiografia	9

002375

Fonoaudiologia	10
Endoscopia	46
Espirometria	10
Exames Oftalmológicos[1]	Serão vinculados à consulta oftalmológica conforme indicação do especialista.
Holter	47
Mamografia[2]	75
MAPA	42
Nasofibroscopia	10
Patologia Clínica[3]	O quantitativo deve atender a necessidade interna na unidade.
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): tireóide e mama	10
Punção aspirativa por agulha grossa	10
Radiologia	135
Teste Ergométrico	48
Tomografia	307
Ultrassonografia [4]	486
Urodinâmica	10
Videolaringoscopia	10
[1] 02.11.06.010-0 – FUNDOSCOPIA: avaliação do fundo de olho, realizada com ou sem dilatação pupilar / 02.11.06.015-1 - POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL: avaliação da máxima acuidade sob orifício estenopeico (projeção ou retro-iluminado) / 02.11.06.025-9 – TONOMETRIA: aferição da pressão intra-ocular / 02.11.06.027-5 - TRIAGEM OFTALMOLÓGICA: consiste na identificação precoce de baixa acuidade visual ou sinais e sintomas oculares / 02.11.06.029-2 - TESTE ORTÓPTICO: avaliação completa da motilidade ocular (binocular) com lente.	
[2] Laudos de mamografia, com resultado tipo radio 0, o resultado do exame deverá ser entregue a paciente, obrigatoriamente, pelo médico, seja para agendamento de retorno ou interconsulta.	
[3] Ácido úrico, Anti-HBC, Anti HBS, Anti-HCV, Antibiograma, Beta HCG, bilirrubinas, Biopsias, cálcio Total, CEA, Chagas IGG, Chagas IGM, Coagulograma, Colesterol LDL, colesterol HDL, Colesterol Total, Contagem de Plaquetas, Creatinina-Fosfoquinase, Creatinina, Curva Glicêmica, CK-MB, Desidrogenase lactica (DHL), Dengue IGG, Dengue IGM, EAS, Eletroforese de proteínas, EPF (parasitológico), Fator Reumatóide, Fator RH, Ferritina, Ferro, Fosfatase Alcalina, Fósforo, FSH, Glutamil Transferase (Gama-GT), Glicemia em Jejum, HBSAG Australia, Hemoglobina Glicada, Hemograma, Hepatite-C (HCV), HIV, LH, Lipase, Magnésio, Pesquisa de sangue oculto nas fezes, Potássio, Proteínas Totais e Frações, PSA Total e Livre, Sangue Oculto nas Fezes, Sódio, Tempo de Protrombina – TAP-Q, T4 Livre, TGO, TGP, Tipagem ABO, Triglicerídeos, Troponina, TSH, TTPA, Ureia, Urocultura, VDRL, Velocidade de Hemossedimentação – VHS, Vitamina B12, Vitamina D25 e Proteína C Reativa (PCR).	
[4] Abdômen superior; Abdômen total; Aparelho urinário; Articulação; Bolsa escrotal; Próstata (via transretal); Próstata por via abdominal; Tireoide; Doppler de fluxo obstétrico; Mamária bilateral; Obstétrica; Obstétrica com doppler colorido e pulsado; Pélvica (ginecológica); Transfontanela; Transvaginal	

a) Exames Oftalmológicos – Serão vinculados à consulta oftalmológica conforme indicação do especialista;

b) Biópsias Gerais – devem ter quantitativo correspondente as pequenas cirurgias e exames que necessitam do mesmo;

c) Patologia Clínica – o quantitativo deve atender a necessidade interna na unidade;

d) Ultrassonografia – Os tipos de ultrassonografia serão definidos previamente, levando em conta a necessidade da região de saúde e sua demanda reprimida;

e) Análises Clínicas - para efeito de precificação das análises clínicas, considerou-se a média praticada na unidade nos últimos 12 (doze) meses. Contudo, o quantitativo deve atender a necessidade interna na unidade.

12.16.2. Os exames para apoio diagnóstico e terapêuticos aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

12.16.2.1. Os exames de ECG, MAPA e Holter serão realizados todos os dias, inclusive aos sábados, quando a unidade tiver este horário de funcionamento.

12.16.3. Os exames realizados deverão ser informados separadamente, ou seja, quais são demanda interna e quais compõem a execução do SADT Externo.

12.16.4. Os exames poderão ser entregues a representante legal devidamente constituído para esta finalidade, respeitando-se a legislação vigente.

12.17. **Centro Especializado em Odontologia (CEO II)**

12.17.1. Após a implantação e funcionamento do serviço de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Tipo II), deverão ser ofertadas no mínimo as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a pessoas com deficiência ou condições especiais conforme o item 11.16.2. A produção mínima mensal deverá ser realizada conforme tabelas abaixo e será verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), **de acordo com as Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e 6/GM/MS, ambas de 28 de setembro de 2017**.

Consultas odontológicas	Meta Mensal
Primeira Consulta	240
Consultas Subsequente	360
Total	**600**

12.17.2. As condições especiais de saúde poderão ser atendidas no CEO II, desde que haja uma justificativa e/ou indicação clínica para o atendimento especializado.

12.17.3. Os procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade concordarão com a Portaria nº 2.898, de 21 de setembro de 2011, que atualiza o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, ou outra legislação que venha substituí-la, que passou a vigorar da seguinte forma:

002377

I - O monitoramento de produção consiste na análise de produção mínima mensal apresentado, a ser realizada no CEO tipo 2, verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS ou por intermédio do Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde/Sistema de Gestão Hospitalar (SIGUS/SGH), conforme segue:

Especificação	Quantitativo mensal	Observação
Procedimentos básicos	110	Códigos SIGTAP dos procedimentos básicos para pessoas com deficiência ou condições especiais[1]
Periodontia	90	Códigos SIGTAP referente à Periodontia[2]
Endodontia	60	Códigos SIGTAP referente à Endodontia
Cirurgia Oral	90	Códigos SIGTAP referente à Cirurgia Oral
[1] *Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 030 restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 - restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 - restauração de dente permanente posterior*		
[2] *Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096, retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.*		

12.18. **Clínica de Serviços Dialíticos (Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico, Atenção Especializada em DRC com hemodiálise, Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal)**

12.18.1. O serviço de Terapias Renais Substitutiva – TRS deverá assistir aos Doentes Renais Crônicos nos estágios 4 e 5 – Pré-dialítico, e os que necessitam de Hemodiálise e Diálise Peritoneal, além de prover os exames laboratoriais, exames de imagem, e demais aportes necessários as respectivas terapias. Conforme descrito na Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018 e Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – RDC no Sistema Único de Saúde. Seguindo minimamente a programação de produção descrita no quadro abaixo.

Terapia Renal Substitutiva	Meta Mensal
Sessões Hemodiálise: considerando 2 turnos e 3 sessões semanais por pacientes	320
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal: considerando 9 dias de treinamento para cada paciente	6 pacientes (cada com 9 dias de treinamento) - Totalizando 36 sessões
A unidade conta com 18 cadeiras mais 1 cadeira de reserva	

12.19. **Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual da Região do Entorno- Unidade Formosa**

12.19.1. Para fins de precificação deve ser considerado a locação/comodato de unidades de transporte conforme especificação no item 6.6. Transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual e a média mensal de distância percorrida pelos mesmos.

Transporte	Media Mensal de distância percorrida
Ônibus I	12.000 Km
VAN	12.000 Km
Total	24.000 Km

12.19.2. Detalhamento das especificações referentes à Produção da Policlínica:

I - Todas as primeiras consultas e/ou SADT ofertado para pacientes externos, assim como as vagas para a Clínica de Serviços Dialíticos serão referenciados integralmente pela Regulação Estadual.

II - O quantitativo de especialidades (médicas e multiprofissionais), tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta) e tipos de exames, poderão sofrer mudanças de quantitativo, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente ou quando se fizer necessário, e que a **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 45 (quarenta e cinco) dias para realizar a modificação solicitada com relação as especialidades e exames ofertados. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consultas e exames não ultrapassará o limite de consultas e exames totais propostas no Termo de Colaboração, ocorrendo somente um ajuste da carteira de serviço.

III - Os serviços/equipes que requerem profissionais de especialidades específicas para fins de habilitação no Ministério da Saúde, deverão estar inclusos no quadro de recursos humanos fixo da unidade.

IV - As consultas realizadas pelo Serviço Social deverão ser registradas em separado, e não configuram consultas ambulatoriais da equipe multiprofissional, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde – SES/GO.

III - INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/ DESEMPENHO

13. **INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/ DESEMPENHO**

13.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensurem a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

13.2. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diretamente pela SES-GO;

13.3. Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

002379

002380

13.4. Na medida em que os indicadores forem homologados, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

13.4.1. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro-Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
1 - Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	100%
2 - Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertadas	100%
3 - Percentual de Exames de Imagem com resultado liberado em até 72 horas	≥ 70%
4 - Taxa de acuracidade de estoque dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	≥ 95%
5 - Percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês	≥ 5%
6 - Taxa de perda financeira por vencimento	≤ 0,5%

13.4.2. **Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas**

13.4.2.1. **Conceituação:** Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade de policlínica por um dado período (mês).

13.4.2.2. **Método do Cálculo:** Número de consultas ofertadas dividido pelo número de consultas propostas nas metas da unidade de Policlínica.

13.4.3. **Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertados**

13.4.3.1. **Conceituação:** Nº de SADT Ofertado em relação ao número de exames propostos nas metas da unidade de policlínica por um dado período (mês).

13.4.3.2. **Método do Cálculo:** Número de exames (SADT) ofertados dividido pelo número de exames propostos nas metas da unidade de Policlínica multiplicado por 100.

13.4.4. **Percentual de exames de imagem com resultado liberado em até 72 horas**

13.4.4.1. **Conceituação:** Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 72 horas (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

13.4.4.2. **Método do Cálculo:** Número de exames de imagem liberados em até 72 horas divididos pelo total de exames de imagem realizados no período multiplicado por 100.

13.4.5. **Taxa de Acuracidade de Estoque**

13.4.5.1. **Conceituação:** Esse indicador tem por objetivo monitorar a exatidão do estoque de medicamentos hospitalar geridos pela Farmácia. A avaliação da acuracidade indica se o estoque e as compras estão coerentes com a realidade da instituição e se há falhas durante o processo de controle de estoque.

13.4.5.2. **Método do Cálculo:** [Número total de itens contabilizados (estoque físico/estoque sistema) em conformidade / Número total de itens padronizados cadastrados no sistema] x 100

13.4.6. **Percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês**

13.4.6.1. **Conceituação:** Proporção de consultas farmacêuticas realizadas para os pacientes do CEAF em relação ao número de processos atendidos.

13.4.6.2. **Método do Cálculo:** Quantitativo de consultas realizadas/ pelo total de processos atendidos no período x100

13.4.7. **Taxa de perda financeira por vencimento**

13.4.7.1. **Conceituação:** O indicador tem a finalidade de monitorar a perda de medicamentos por expiração do prazo de validade em todas as Unidades de Saúde da rede estadual, aprimorando e implantando ferramentas e processos de trabalho que permitam reduzir a perda de medicamentos.

13.4.7.2. **Método do Cálculo:** [Valor financeiro da perda de medicamentos padronizados por validade expirada (R$)/ valor financeiro de medicamentos inventariado no período (R$)] x 100.

ANEXO Nº II/2023 - SES/CRES-19504

14. **ENSINO E PESQUISA**

14.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

14.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

14.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

14.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

14.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

14.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio e pesquisa científica, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

002381

14.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

14.8. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pela Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da pactuação.

14.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com o **PARCEIRO PRIVADO**.

14.10. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) promove o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, em consonância com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, integrante da Política Nacional de Saúde formulada no âmbito do SUS, estabelecendo, orientando, assessorando e monitorando a realização de pesquisa científica na SES-GO.

14.11. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SESG.

14.11.1. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por acompanhar o cumprimento da Portaria nº 1.265/2023 – SES-GO, ou outro ato normativo que venha modificar e/ou substituir, e não deverá permitir a realização de pesquisa científica na Unidade que não esteja cadastrada no fluxo de monitoramento de pesquisas e autorizada pela SES-GO.

14.11.2. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir a citação da SES-GO como afiliação institucional dos autores na realização de pesquisa, nas publicações científicas, apresentações em eventos dos trabalhos e em todo e qualquer tipo de divulgação das pesquisas científicas executadas nas Unidades de Saúde e/ou Administrativas da SES-GO.

14.11.3. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir o encaminhamento pelo pesquisador à SESG de trabalho científico resultante de Pesquisa científica em dados públicos, Pesquisas de revisão da literatura e Relatos de experiência produzidos em Unidade da SES-GO.

14.11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir que a proposta de aplicação ou incorporação dos resultados das pesquisas realizadas dentro das unidades da SES-GO sejam apresentadas à SES-GO pelos pesquisadores.

14.12. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à instituição.

14.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que a Unidade esteja vinculada a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional, dentre os operacionais da SES-GO e credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, ou outra que vier a substituir.

14.13.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que o número do CNPJ referente a Unidade da SES-GO seja cadastrado como Instituição na Plataforma Brazil e junto à CONEP, para assegurar que as pesquisas se vinculem à SES-GO.

14.13.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar oficialmente à SES-GO em qual CEP institucional e CNPJ a Unidade está credenciada, junto à CONEP.

14.13.3. Existindo CEP institucional na Unidade SES-GO, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter instalações adequadas e os recursos humanos necessários para a operacionalização do mesmo, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013.

14.14. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto à SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para alteração de vínculo de sua Unidade com o CEP institucional credenciado à CONEP. Após, avaliação de viabilidade, a SESG fará a devida orientação pertinente para adequações junto aos CEP's e à CONEP, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o CEP que deixará a função e aquele que a assumirá.

14.15. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto à SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para credenciar CEP institucional quando a Unidade pretenda se habilitar como Hospital Ensino junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação, respeitando as normativas vigentes, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013 ou outra que vier a substituir.

14.16. O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá alterar o vínculo de sua Unidade SES-GO com o CEP institucional credenciado, redistribuindo a Unidade, objetivando a melhoria na qualidade do atendimento às demandas de ensino e pesquisa, e adequação às normativas vigentes. Tal alteração será promovida pela SESG, após análise de viabilidade técnica, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, e posterior comunicação oficial ao **PARCEIRO PRIVADO**.

14.17. Caso haja mudança do **PARCEIRO PRIVADO**, este, deverá garantir durante a transição, de forma oficial e justificada, a continuidade da apreciação dos protocolos de pesquisas e das atividades inerentes ao bom funcionamento do CEP institucional credenciado de sua Unidade.

14.17.1. O **PARCEIRO PRIVADO**, deve informar a SES-GO e à CONEP, de forma oficial e justificada, a impossibilidade de atuação do CEP institucional credenciado durante o período de transição, conforme estabelecem as normas regulamentares do CNS/CONEP.

14.17.2. No caso de substituição parcial ou total dos membros (Coordenadores, Secretária e Pareceristas) do CEP institucional credenciado da Unidade, deve ser informado de forma oficial e justificada, previamente à SES-GO e à CONEP, para que seja garantida a continuidade das avaliações éticas aos protocolos de pesquisa em andamento. E que somente informará as atividades após a análise documental da CONEP e SES-GO.

14.17.3. Durante o período em que o CEP institucional estiver com as atividades suspensas, os protocolos de pesquisas devem ser cadastrados sob o CNPJ da SES-GO e encaminhados ao CEP CENTRAL da SES-GO.

14.18. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardados a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

14.19. A seleção de preceptores, tutores e coordenadores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição. Esses profissionais deverão ser integrados à rotina e atividade da unidade hospitalar.

14.20. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.

14.20.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deve assegurar em seus contratos de prestação de serviço e/ou trabalho as atividades de ensino, pesquisa e preceptoria que são realizadas na unidade hospitalar.

14.21. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.

14.22. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

14.23. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

14.24. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.

002383

14.25. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua Unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

14.26. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, quando devidamente implantados, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

15. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

15.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

15.2. O Termo de Colaboração que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

15.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com o **PARCEIRO PRIVADO**.

15.4. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRMS/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

15.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

15.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

15.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

15.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

15.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro previamente conveniado ou contratado exclusivamente para essa finalidade com experiência na aplicação de prova e acompanhado pela SESG por meio da Assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residências Multiprofissionais e em Área Profissionais da Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

15.9.1. A SESG/SES-GO em parceria com o grupo técnico será responsável por avaliar os requisitos técnicos da entidade que deseja firmar parceria ou contrato para a execução do processo seletivo.

15.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014.

15.10.1. O valor a que se refere o item 15.10 será acompanhado pela Gerência de Gestão de Pessoas da Superintendência de Gestão Integrada, conforme descrito no Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

15.10.2. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, podendo ser variável conforme alteração legal do vencimento inicial do cargo ocupacional, bem como em virtude de remanejamento definido pela SES/GO, em concordância com o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

15.11. O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no anterior, em razão da equidade.

15.12. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO atualmente tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em Portaria Interministerial (MEC/MS).

15.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU, quando os programas estiverem efetivamente implantados.

15.14. Novos programas de residência serão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. As implantações ocorrerão em parceria com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, por meio de suas Comissões, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

15.14.1. Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** conjuntamente com a COREME da respectiva unidade.

15.15. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar atividades de educação permanente voltadas para qualificação dos coordenadores dos Programas de Residência Médica e coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS), supervisores, tutores e preceptores.

15.15.1. Os temas deverão ser definidos em conjunto com a COREME e COREMU local da Unidade de Saúde.

16. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

16.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

16.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

16.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento de acordo com Resolução CNRM nº 16/2022 de 30 de setembro de 2022, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

16.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

16.5. O carga de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Portaria 405/2020/SES-GO e Resolução CNRM nº 16/2022 de 30 de setembro de 2022).

002385

002386

16.5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter e, quando necessário, realizar contratação adicional de preceptores para que as atividades da residência possam ser realizadas de acordo com as normas da CNRM, mantendo-se a relação preceptor/residente.

16.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

16.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES-GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

16.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portalrnrs.gov.br/publicacoes/para-professores/30000-uncategorised/73531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

16.8. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES-GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

16.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas quando autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

16.10. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade do ensino, da pesquisa e da gestão oferecidos pela Instituição, garantindo os recursos necessários ao desenvolvimento dos PRM's e das atribuições da COREME.

16.11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de campo de prática entre as residências médicas de outras Unidades da SES-GO, caso necessário, para complementação da prática pedagógica, conforme solicitação da COREME.

16.12. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM's, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

17. **PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE**

17.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES-GO e gerenciadas pela SESG.

17.2. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS) deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

17.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES-GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS e PRMS/SES-GO).

17.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

17.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

17.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade de Saúde, responsável pela manutenção e desenvolvimento do funcionamento dos programas composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

17.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

17.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, o Coordenador do PRAPS/PRMS, sendo um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde. Sendo sua atuação exclusiva às atividades da coordenação.

17.9. O Tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/PRMS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

i - Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

ii - Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS/PRMS.

17.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS/PRMS (situa como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhá-lo.

17.10.1. Todos os profissionais em exercício no estabelecimento de saúde devem ter conhecimento de que o mesmo desenvolve atividades de ensino. E, portanto, devem cooperar com o processo de aprendizagem dos residentes.

17.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS/PRMS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis. Na ausência de profissionais efetivos na unidade ou que atendam aos requisitos para o cargo, a unidade assistencial deverá conduzir seleção interna ou processo seletivo para o cargo de coordenador.

17.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção, preferencialmente, entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecida nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

17.13. A seleção de Preceptores , Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

17.14. A seleção de preceptores e tutores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, comprometido com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e, preferencialmente, [illegible] em exercício na instituição.

002387

17.15. Nos PRAPS e PRMS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária presencial, exclusiva ao cargo, de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS/PRMS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

17.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES-GO.

17.16.1. Os Profissionais no cargo de Tutoria com carga horária superior a 30 (trinta) horas semanais deverão exercer suas atividades, exclusivamente, na COREMU Local.

17.17. Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, obrigatoriamente, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do artigo 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

17.18. O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

17.18.1. Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

17.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas quando autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

17.20. As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score (NPS)* remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES-GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

17.21. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES-GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

18. DOS RECURSOS FINANCEIROS

18.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES-GO.

18.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

18.3. Ocorrendo a situação descrita no item anterior, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES-GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Termos de Colaboração, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

18.4. Quando da implantação e execução dos Programas de Residência, a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás apresentará a estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. Quando houver repasse das bolsas diretamente ao residente médico ou residente multiprofissional, o valor será indenizado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Termos de Colaboração, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

18.5. O quantitativo de bolsas custeados pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG.

18.6. Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, incluídos no custeio mensal da unidade hospitalar.

18.6.1. Para a alimentação deverá ser garantido, de acordo com a carga horária, 02 (duas) pequenas refeições e 01 (uma) grande refeição.

18.7. Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

19. ESTÁGIOS CURRICULARES

19.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

19.2. Os estágios no âmbito da SES-GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008 e Portaria nº 1.096/2023 – SES/GO, de 22 de maio 2023 ou outras que venham substituí-las.

19.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES-GO, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

19.4. A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada exclusivamente pela SESG, de acordo com a legislação vigente e ocorrerá conforme Edital de Chamada Pública, a ser publicado pela SES-GO, com o intuito de classificar as Instituições de Ensino que possuam curso da área da saúde, previamente cadastradas.

19.5. O quantitativo de vagas ofertadas será definido pela Superintendência da Escola de Saúde de Goias - SESG conjuntamente com as Unidades Administrativas e/ou Assistenciais de Saúde da SES-GO, levando-se em consideração a capacidade instalada de cada local.

19.6. O número máximo de vagas de estágio considerará o quadro de pessoal assistencial das entidades concedentes de estágio, que deve atender a proporção de até 20% de estagiários para número superior a 25 (vinte e cinco) trabalhadores.

19.7. Os alunos serão encaminhados para as Unidades Assistenciais de Saúde por meio da Coordenação de Estágio (CEST) da SESG, após preenchimento da ficha de inscrição e assinatura do termo de compromisso, no qual deverá constar o número de apólice de seguro.

19.8. A Diretoria de Ensino e Pesquisa ou equivalente, da unidade administrativa ou de saúde, ficará responsável pela distribuição interna dos estagiários, em conjunto com a SESG/SES-GO, após o resultado final do Chamamento Público.

19.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Estágio, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

20. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

002389

002390

20.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá propor Plano Anual de Educação Permanente em Saúde da Unidade de Saúde (PAEPS/US) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAEPS/US deve ser validado e aprovado pela SESG.

20.2. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará o PAEPS/US à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Termo de Colaboração ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

20.3. A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, quadrimestralmente, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

20.3.1. Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, bimestralmente.

20.4. O PARCEIRO PRIVADO deverá encaminhar as informações solicitadas pelo PARCEIRO PÚBLICO referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

ANEXO Nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2023 - SES/GGP-03087

Este anexo objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas que trata de seleção de Organização da Sociedade Civil para celebração de Termo de Colaboração para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde atinente à **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - UNIDADE FORMOSA** e na prestação dos serviços descritos neste Instrumento. É composto por duas partes (I) Especificações Técnicas, que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e (II) Quadro de Servidores cedidos.

21. **ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS**

21.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

21.1.1. Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais;

21.1.2. Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), na área médica e de enfermagem com registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Goiás. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS;

21.1.3. Disponibilizar de equipe médica e multiprofissional em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços composta por profissionais das especialidades exigidas, habilitados com título ou certificado de especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, e outras instruções normativas, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no instrumento.

21.1.4. Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e aos serviços a serem prestados;

21.1.5. Assegurar o desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE;

21.1.6. Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda às condições mínimas necessárias ao descanso dos colaboradores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão;

21.1.7. Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado e, sempre que solicitado, disponibilizá-lo para leitura e migração do banco de dados;

21.1.8. Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

21.1.9. Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade;

21.1.10. Atentar-se que, em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte (II) Quadro de Servidores cedidos, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO;

21.1.11. Estar ciente de que o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido instrumento, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias;

21.1.12. Ter ciência de que para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do instrumento;

21.1.13. Considerar que a dedução de que trata o item 21.1.12 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à remuneração do servidor substituído (salário e encargos legais), no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

21.1.14. Atentar-se para o fato de que o **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos. (Ofício circular definindo procedimentos e documentos comprobatórios, ex.: contrato, cópia RPA, frequência);

21.1.15. Utilizar os valores de mercado da região ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 3 (três) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados, não podendo ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual, independente da forma de contratação;

21.1.16. Comprovar e responder mensalmente pelo pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do instrumento de ajuste para eximir-se destas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

21.1.17. Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica;

21.1.18. Assegurar a execução da Avaliação Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e da Avaliação de Desempenho Individual a serem realizadas pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente;

002391

002392

21.1.19. Aderir e alimentar o sistema de informação disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados de modo a permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**;

21.1.20. Alimentar periodicamente o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (ESocial), especialmente, os códigos S-2210, S-2220 e S-2240;

21.1.21. Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT;

21.2. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá indicar o retorno ao **PARCEIRO PÚBLICO** de servidor cedido em exercício na Unidade sob seu gerenciamento desde que motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido, mediante anuência do **PARCEIRO PÚBLICO**;

21.3. Conforme interesse e fundamentação da administração Pública poderá, excepcionalmente, ceder servidor público para o **PARCEIRO PRIVADO** que deverá integrá-lo ao serviço da Unidade;

21.4. O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento;

21.5. Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos e fluxos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos;

21.6. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horários, desde que não haja conflito de interesses;

21.7. É vedada a contratação pelo **PARCEIRO PRIVADO** de colaborador, em cargo de confiança ou em comissão, que possua vínculo de matrimônio, união estável ou parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com os seguintes agentes públicos: Governador do Estado, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, para quaisquer serviços relativos ao Instrumento de Ajuste;

21.8. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder à contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade;

21.9. Poderá o **PARCEIRO PRIVADO** atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais ao **PARCEIRO PRIVADO**, mediante regulamentação da SES-GO;

21.10. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar o evento, no prazo de 10 (dez) dias contados do mesmo, para providências cabíveis ao caso;

21.11. Responsabilizar-se pela criação e manutenção de um núcleo de assistência aos trabalhadores que tiverem sofrido assédio comprovado, conforme determinado em normativa própria da SES-GO.

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários Cedidos à POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - UNIDADE FORMOSA - outubro/2023.

Cargos	Total de Servidores cedidos **
Não constam servidores cedidos à Unidade*	0
Fonte: Sistema RHNet - Ref. outubro/2023.	

**** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos de benefícios.***
***** Cálculo baseado nos valores dos últimos 12 (doze) meses.***

Anexo nº IV - ESTIMATIVA DE CUSTEIO - SES/GEC - 21282

Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa

22. **ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - UNIDADE FORMOSA**

22.1. Trata-se do documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a estimativa do custeio operacional da **Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa** para o período de **06 (seis) meses**.

22.2. Para o cálculo **estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I - Especificações Técnicas e Descritivo de Serviços da Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS) elaborado em conjunto com a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação (SUREG) assim como o histórico de informações obtido a partir do Sistema de Gestão Hospitalar (SGH), do *Key Performance Indicators for Health* – KPIH e, ainda, de visita técnica realizada na unidade de saúde.

22.3. Visando o acompanhamento e avaliação do Termo de Colaboração e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar via SIGUS/SGH ou outra forma requerida pela SES-GO, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE DE SAÚDE**.

22.4. As informações acima mencionadas também serão avaliadas por meio dos registros nas Autorização de Internação Hospitalar - AIH, dos registros nos Sistemas de Informações Ambulatoriais - SIA e Sistema de Informações Hospitalares - SIH, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

22.5. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos por esta. Nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

22.6. A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

23. **LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS**

002393

002394

23.1. A estimativa dos custos operacionais da **Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa** foi segmentada conforme possíveis linhas de pactualização. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS), no Anexo I, elaborado em conjunto com a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação (SUREG). Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, recorreu-se também às comparações com outras unidades do Estado de Goiás, com o perfil assistencial semelhante ao que se pretende neste ajuste, como forma de orientação.

23.2. Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu, seguiu-se os seguintes critérios:

I - Capacidade física instalada e operacional da instituição;

II - Série histórica de produção média da UNIDADE DE SAÚDE, extraída do Sistema Key Performance Indicators for Health (KPIH) da própria unidade e de outras unidades semelhantes, além da série histórica extraída da Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC), que já tem acompanhado parte dos dados validados pelo Sistema Integrado de Gestão de Unidades de Saúde (SIGUS). Ressalta-se a prática de uso da série histórica, 12 meses, e não do último mês de referência, tendo em vista a sazonalidade da saúde e até mesmo dos perfis de encaminhamentos para a instituição;

III - Tempo Médio de Permanência, por clínica/perfil e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade de saúde e de outras unidades semelhantes, em comparação ao apresentado pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS);

IV - Tipos de atendimentos disponíveis na unidade e serviços especiais;

V - Visitas técnicas para aprofundamento do conhecimento do perfil de execução de ações e serviços da unidade;

VI - Legislação relacionada ao perfil de atendimento;

VII - *Benchmarck* extraído do sistema KPIH nos últimos 12 meses, neste caso, referente ao período de novembro/2022 a outubro/2023; e,

VIII - Índice de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico externo conforme demanda apresentada, em reuniões técnicas, pela Regulação Estadual, conforme as redes e políticas de atenção à saúde apresentadas pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS).

24. MÉTODO DE CÁLCULO

24.1. Metodologia

24.1.1. Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que é a metodologia adotada pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), do Ministério da Saúde. Essa metodologia foi escolhida por ser de fácil aplicação e por ser a mais utilizada entre as instituições vinculadas ao SUS. Outro fator importante é que a sua apuração é possível a partir da segmentação da instituição em centros de custos.

24.1.2. O Custeio por Absorção consiste no custeio integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) registrados aos produtos/serviços finais (Manual Técnico de Custos, PNGC, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativos) relacionadas à realização do serviço assistencial.

24.1.3. Para o cálculo das linhas de contratações/centro de custos, foi utilizado o relatório Painel Comparativo de Custos, retirado do sistema Key Performance Indicators for Health - KPIH, nos últimos 12 meses, neste caso, referente ao período de **novembro/2022 a outubro/2023**, conforme comprovante (SEI nº 61714614).

24.1.4. As unidades de saúde, com o mesmo perfil desta Policlínica, pertencentes à base de dados da Planisa, utilizam-se justamente da metodologia de custeio por absorção, com padronização no processo de coleta, apuração e periodicidade mensal, gerando assim, relatórios contendo 3 (três) valores por centro de custos/linha de pactualização, sendo:

I - Percentil 25 (P25), que se refere a posição 25% da amostra de valores, ordenados do menor para o maior valor;

II - Percentil 50 (P50), que se refere a posição 50% da amostra de valores, ordenados do menor para o maior valor;

III - Percentil 75 (P75), que se refere a posição 75% da amostra de valores, ordenados do menor para o maior valor;

24.1.5. O Percentil adotado foi o **P50**, que constitui a **mediana** do custo unitário para a mesma distribuição de frequência entre os P25, P50 e P75, atualmente indicada para o gerenciamento e desenvolvimento das ações e serviços nas unidades de saúde ambulatoriais do Estado de Goiás, sendo realizada também a comparação com o próprio custo interno da Unidade para embasar a escolha do Percentil utilizado. O percentil sugerido é mais econômico que o P75 e atende a finalidade de se buscar a compatibilização dos custos com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que, buscou-se uma referência que pode representar menos despesas, se adequando a realidade da Unidade de Saúde, não importando assim em sobrepreço e tampouco deixando a inexequível.

24.1.6. A Unidade de Saúde possui perfil de atendimento ambulatorial em várias especialidades, de média e alta complexidades, com realização de exames, sessões de hemodiálise e pequenos procedimentos cirúrgicos, com profissionais especializados e qualificados. A Policlínica Estadual da Região do Entorno- Unidade Formosa encontra-se a uma distância de 280,8 km de Goiânia/GO e 79,1 Km de Brasília/DF.

24.1.7. Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foram consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

I. Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo e predominância de pacientes e certificação de qualidade.

II. Conhecimento das informações quantitativas conforme modelagem assistencial.

24.1.8. O cálculo, buscou ponderar todo o contexto desta unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização. Objetiva-se que a unidade de saúde seja cada vez mais produtiva e eficiente. Desta feita, embora a série histórica tenha sido utilizada como balizadora da análise, a mesma não foi determinante para o estabelecimento das metas e estimativas de produção.

24.1.9. Para a execução dos cálculos, trabalhou-se com o arredondamento na numeração decimal, conforme ABNT 5891.

24.1.10. A Unidade de Saúde deverá disponibilizar 2 (dois) veículos automotores, sendo 1 (um) tipo ônibus e 1 (um) tipo VAN. O ônibus deve conter no mínimo 28 (vinte e oito) poltronas, equipados com ar condicionado e elevador de acessibilidade. A Van deverá ter no mínimo 15 lugares. Os veículos circularão pelas cidades da Macrorregião do Entorno e levarão gratuitamente os pacientes até a **Policlínica Estadual - Unidade Formosa** para as Sessões de Tratamento em Hemodiálise, percorrendo uma média de 12.000 km por veículo/mês, conforme Anexo I.

24.2. Memória de Cálculo

24.2.1. O custeio das **Consultas Médicas e Não Médicas/multiprofissionais** foi estimado multiplicando o número de consultas projetadas pelo seu respectivo custo unitário, limitando-se ao total de consultas médicas e não médicas estabelecidas no Anexo I.

24.2.2. Para a projeção das **Consultas médicas e não médicas/multiprofissionais**, foi extraída do sistema KPIH, no período de novembro/2022 à outubro/2023, a produção média da unidade de saúde, após, realizada a proporção por linhas de especialidade, de acordo com a Meta estabelecida no Anexo I, de **2.763** consultas médicas e **2.674** consultas não médicas/multiprofissionais por mês.

24.2.3. É importante esclarecer que a meta estabelecida no Anexo I foi definida com um limite de 2.763 consultas médicas e 2.674 consultas não médicas/multiprofissionais por mês. A desagregação dos números de consultas por especialidades apresentada neste Anexo IV foi realizada exclusivamente para

002395

propósitos de estimativa de custos, refletindo a proporção de consultas de cada especialidade em relação ao total de consultas realizadas pela policlínica. Essa abordagem visa calcular os quantitativos de consultas, conforme ilustrado na figura abaixo:

POLICLÍNICA: FORMOSA			
DESCRIÇÃO		**CRITÉRIO**	**QUANTIDADE**
I. SERVIÇOS AMBULATORIAIS (c/HM e c/ Mat/Med)			
1.1 Consultas médicas			
1.1.1 Anestesiologia		Consultas	33
1.1.2 Angiologia		Consultas	33
1.1.3 Cardiologia		Consultas	267
1.1.4 Dermatologia		Consultas	119
1.1.5 Endocrinologia		Consultas	235
1.1.6 Gastroenterologia		Consultas	145
1.1.7 Ginecologia		Consultas	182
1.1.8 Hematologia		Consultas	33
1.1.9 Infectologia		Consultas	33
1.1.10 Mastologia		Consultas	124
1.1.11 Médico Clínico Geral		Consultas	53
1.1.12 Nefrologia		Consultas	107
1.1.13 Neurologia		Consultas	202
1.1.14 Obstetrícia (Pré-natal de alto risco)		Consultas	53
1.1.15 Oftalmologia		Consultas	133
1.1.16 Ortopedia/Traumatologia		Consultas	382
1.1.17 Otorrinolaringologia		Consultas	226
1.1.18 Pediatria		Consultas	73
1.1.19 Pneumologia		Consultas	109
1.1.20 Psicologista		Consultas	33
1.1.21 Psiquiatria		Consultas	53
1.1.22 Reumatologia		Consultas	55
1.1.23 Urologia		Consultas	130
	TOTAL	Consultas	**2.743**
1.2 Consultas não médicas			
1.2.1 Assistente Social		Consultas	427
1.2.2 Enfermagem		Consultas	71
1.2.3 Farmacêutica		Consultas	44
1.2.4 Fisioterapia		Consultas	1.181
1.2.5 Fonoaudiologia		Consultas	53
1.2.6 Nutricionista		Consultas	554
1.2.7 Psicólogo		Consultas	545
	TOTAL	Consultas	**2.875**

24.2.4. O custeio dos serviços: **Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, Consultas/procedimentos Odontológicos, Sessões de Hemodiálise e Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal** foi estimado multiplicando o número de consultas/procedimentos projetados no Anexo I pelo seu custo unitário, e demonstrado nos quadros abaixo:

Quadro I

Serviço	Quantitativo (Meta)
Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	34

Quadro II

Consultas odontológicas	Meta Mensal
Primeira Consulta	240
Consultas Subsequente	360
Total	600

Quadro III

Especialidades odontológicas mínimas	Meta Mensal
Procedimentos Básicos	110
Periodontia Especializada	90
Endodontia	60
Cirurgia Oral Menor	90

002397

Quadro IV

Terapia Renal Substitutiva	Meta Mensal
Sessões Hemodiálise	580 sessões
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal	36

24.2.5. O custeio do "**Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)**" foi estimado multiplicando o número de exames pelo seu custo unitário, conforme metas estimadas no Anexo I, de acordo com a necessidade locorregional, demonstrado na figura abaixo:

POLICLÍNICA: FORMOSA		
DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	QUANTIDADE
2. SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med)		
2.1 Análises Clínicas	Exame	7.031
2.2 Anatomia patológica	Exame	17
2.3 Audiometria	Exame	10
2.4 Colposcopia	Exame	10
2.5 Colonoscopia	Exame	39
2.6 Colposcopia	Exame	10
2.7 Densitometria Óssea	Exame	58
2.8 Doppler Vascular	Exame	85
2.9 Ecocardiografia	Exame	75
2.10 Eletrocardiografia	Exame	114
2.11 Eletroencefalografia	Exame	12
2.12 Eletroneuromiografia	Exame	9
2.13 Emissões Otoacústicas	Exame	10
2.14 Endoscopia	Exame	46
2.15 Espirometria	Exame	10
2.16 Holter	Exame	47
2.17 Mamografia	Exame	75
2.18 MAPA	Exame	42
2.19 Nasofibroscopia	Exame	10
2.20 Punção aspirativa PAAF	Exame	10
2.21 Punção aspirativa por agulha grossa	Exame	10
2.22 Radiologia	Exame	336
2.23 Teste ergométrico	Exame	48
2.24 Tomografia	Exame	307
2.25 Ultrassonografia	Exame	486
2.26 Urodinâmica	Exame	10
2.27 Videolaringoscopia	Exame	10
TOTAL	Exame	8.929

24.2.6. O quantitativo de Análises Clínicas foi estimado com base na média da produção realizada pela Unidade de Saúde, extraído do Relatório de Produção do Sistema IDPIH, referente ao período de novembro de 2022 à outubro de 2023, acrescido de 10% (dez por cento).

24.2.7. A quantidade de exames de Anatomia patológica foram estimadas em 50% (cinquenta por cento) dos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

24.2.8. O valor estimado para locação de 1 (um) ônibus, com motorista e combustível, para o transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a **Policlínica Estadual - Unidade Formosa**, com percurso médio estimado de 12.000 km por mês, foi estimado pelo menor preço encontrado na cotação por quilômetros rodados, na pesquisa realizada junto aos Sites Banco de Preços e Cotação Zênite, conforme comprovantes (SEI nº 61714614).

24.2.9. O valor estimado para locação de 1 (uma) VAN, com motorista e combustível, para o transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a **Policlínica Estadual - Unidade Formosa**, com percurso médio estimado de 12.000km por mês, foi estimado pela média dos preços encontrados na cotação por quilômetros rodados, na pesquisa realizada junto ao Site Banco de Preços, conforme comprovante (SEI nº 61714614).

25. VALOR MENSAL ESTIMADO

25.1. Considerando a metodologia de custeio por absorção utilizada, os serviços ofertados, verificados *in loco* e os cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização da **Policlínica Estadual - Unidade Formosa** é de **R$ 2.160.938,05 (dois milhões, cento e sessenta mil novecentos e desoito reais e cinco centavos)** no percentil ***P50***.

25.2. O montante total estimado a ser repassado para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na **Policlínica Estadual - Unidade Formosa** para o período de **06 (seis) meses** é de **R$ 12.965.508,30 (doze milhões, novecentos e sessenta e cinco mil quinhentos e oito reais e trinta centavos)**.

25.3. Para melhor elucidação dos valores encontrados, apresenta-se a tabela abaixo. Destaca-se que se trabalhou com o arredondamento na numeração decimal, conforme ABNT 5891:

002399

POLICLÍNICA: FORMOSA			Pessoal alocado - PJE					
DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	QUANTIDADE	Custo unitário PJE	Custo unitário PJE	Custo unitário PJE	Custo total PJE	Custo total PJE	Custo total PJE
1. SERVIÇOS AMBULATORIAIS (c/HM e c/ Mat/Med)								
1.1 Consultas médicas								
1.1.1 Anestesiologia	Consultas	93	105,18	123,45	140,70	9.653,94	8.000,85	8.907,10
1.1.2 Angiologia	Consultas	93	106,89	102,42	100,96	9.810,51	13.999,86	13.302,63
1.1.3 Cardiologia	Consultas	257	85,08	109,91	149,75	32.716,80	28.016,36	38.467,77
1.1.4 Dermatologia	Consultas	113	80,83	120,82	146,69	12.146,37	13.681,68	13.360,91
1.1.5 Endocrinologia	Consultas	225	82,87	126,11	151,99	26.918,25	28.378,75	34.197,75
1.1.6 Gastroenterologia	Consultas	145	94,50	130,05	152,75	12.713,25	16.817,25	22.148,75
1.1.7 Ginecologia	Consultas	182	125,89	148,63	232,97	22.543,58	27.050,66	42.400,54
1.1.8 Hematologia	Consultas	42	136,90	121,41	176,17	5.656,70	4.906,32	5.780,51
1.1.9 Infectologia	Consultas	33	241,00	287,12	737,35	8.085,60	9.600,37	24.322,35
1.1.10 Mastologia	Consultas	124	86,30	109,00	149,58	10.006,80	13.590,00	18.597,32
1.1.11 Médico Clínico Geral	Consultas	53	96,29	287,00	297,48	5.823,37	15.258,37	15.766,69
1.1.12 Nefrologia	Consultas	107	99,93	130,59	178,53	10.611,51	13.972,13	19.102,17
1.1.13 Neurologia	Consultas	102	108,49	135,75	167,83	12.115,98	17.411,40	19.981,66
1.1.14 Obstetrícia (Pré-natal de alto risco)	Consultas	33	123,00	148,61	212,97	4.098,57	4.904,79	7.028,01
1.1.15 Oftalmologia	Consultas	133	90,12	118,59	136,77	12.049,56	15.914,27	18.190,41
1.1.16 Ortopedia/Traumatologia	Consultas	282	78,19	121,57	124,57	20.804,58	34.012,56	47.505,74
1.1.17 Otorrinolaringologia	Consultas	226	80,23	108,03	138,14	15.019,98	24.543,98	31.219,64
1.1.18 Pediatria	Consultas	73	117,73	208,09	421,85	15.906,89	19.813,57	30.805,05
1.1.19 Pneumologia	Consultas	109	95,72	128,03	161,65	10.511,48	14.066,27	17.723,45
1.1.20 Proctologista	Consultas	33	94,16	127,41	168,03	3.107,28	3.824,51	5.478,99
1.1.21 Psiquiatra	Consultas	53	149,66	191,16	197,21	4.998,78	10.191,68	10.507,83
1.1.22 Reumatologia	Consultas	55	107,26	133,90	150,64	5.899,30	7.364,50	8.285,20
1.1.23 Urologia	Consultas	193	82,57	96,45	114,29	15.937,60	18.615,96	22.059,70
TOTAL	Consultas	2.363				275.552,11	364.716,72	486.283,96
1.2 Consultas médicas								
1.2.1 Assistente Social	Consultas	427	70,66	80,63	116,15	30.171,82	34.434,74	49.591,05
1.2.2 Fisioterapeuta	Consultas	71	93,59	82,63	109,65	5.022,89	5.868,73	7.785,15
1.2.3 Farmacêutica	Consultas	44	90,25	121,99	140,48	4.230,00	5.367,56	6.181,12
1.2.4 Fonoaudiologia	Consultas	1.383	65,85	70,10	80,59	90.601,05	65.403,78	93.064,59
1.2.5 Nutricionista	Consultas	52	70,96	94,64	157,81	3.636,92	4.921,68	8.206,12
1.2.6 Psicologia	Consultas	554	48,64	60,92	113,56	27.057,84	33.749,68	62.917,24
1.2.7 Fisioterapia	Consultas	345	71,74	85,68	117,50	36.770,69	29.195,60	40.485,85
TOTAL	Consultas	2.674				145.110,61	179.939,97	217.628,12
1.3 Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	Procedimento	44	210,24	424,87	336,76	8.181,84	14.281,28	18.209,84
1.4 Consultas/procedimentos (odontológicos)								
1.4.1 Cirurgias odontológicas	Consultas	400	107,68	127,74	211,81	44.000,00	70.644,00	127.086,00
1.4.2 Procedimentos básicos	Procedimento	112	107,68	127,74	211,81	11.844,80	14.051,40	19.299,20
1.4.3 Periodontia	Procedimento	90	107,68	127,74	211,81	9.691,20	11.496,60	19.062,90
1.4.4 Endodontia	Procedimento	60	107,68	127,74	211,81	6.460,80	7.664,40	12.708,60
1.4.5 Cirurgia oral menor	Procedimento	90	107,68	127,74	211,81	9.691,20	11.496,60	19.062,90
						101.296,00	171.153,00	301.219,60
2. REMOÇÃO DE SAÚDE (c/HM e c/ Mat/Med)								
2.1 Análises Clínicas	Exame	7.051	8,79	12,25	20,47	61.991,04	86.332,81	143.924,17
2.2 Anatomia patológica	Exame	17	51,35	79,05	128,59	902,15	1.343,85	2.170,03
2.3 Audiometria	Exame	10	37,56	35,22	52,62	278,60	352,20	526,20
2.4 Colonoscopia	Exame	35	131,50	126,61	170,47	3.210,60	3.296,30	5.766,30
2.5 Colposcopia	Exame	39	691,12	698,94	986,71	23.599,63	26.964,66	38.481,69
2.6 Cistoscopia	Exame	18	285,56	214,86	249,25	3.941,40	2.148,60	3.490,50
2.7 Densitometria Óssea	Exame	59	68,25	100,83	171,74	4.073,55	5.953,52	10.132,66
2.8 Doppler Vascular	Exame	83	286,43	132,75	199,89	9.648,23	12.583,75	16.588,65
2.9 Duodenoscopia	Exame	73	126,79	196,46	252,21	9.253,50	11.734,58	15.848,25
2.10 Eletrocardiografia	Exame	114	42,16	60,18	71,61	4.805,52	6.861,84	8.161,74
2.11 Eletroencefalografia	Exame	52	198,59	193,94	207,20	3.535,58	2.207,28	2.686,40
2.12 Eletroneuromiografia	Exame	9	175,11	215,91	243,42	1.515,59	1.943,19	2.190,78
2.13 Emissões Otoacústicas	Exame	39	27,56	35,22	52,62	278,60	354,20	526,20
2.14 Endoscopia	Exame	46	346,59	462,60	633,06	15.935,08	21.279,60	29.120,76
2.15 Eqpiromelia	Exame	30	88,00	75,54	79,86	600,00	733,00	958,00
2.16 Holter	Exame	47	132,34	139,18	181,83	5.279,98	6.360,26	7.784,61
2.17 Mamografia	Exame	75	88,42	110,19	163,28	6.631,50	8.731,75	12.245,85
2.18 MAPA	Exame	42	98,88	130,01	211,47	3.942,96	5.460,42	8.881,74
2.19 Nasofibroscopia	Exame	10	80,12	146,46	238,78	701,20	1.464,60	2.387,80
2.20 Punção aspirativa PAAF	Exame	50	234,10	230,22	387,34	2.145,00	2.852,20	3.871,40
2.21 Punção aspirativa por agulha grossa	Exame	50	230,10	205,22	387,34	2.145,00	2.852,20	3.871,40
2.22 Radiologia	Exame	155	35,39	64,75	113,58	17.267,04	22.795,00	17.444,80
2.23 Raio ergométrico	Exame	43	185,45	232,64	287,51	7.941,60	10.004,32	12.750,85
2.24 Tomografia	Exame	107	114,43	212,17	253,89	10.271,69	14.953,39	17.844,23
2.25 Ultrassonografia	Exame	486	75,18	106,13	130,97	34.596,08	43.654,32	43.651,42
2.26 Urodinâmica	Exame	10	304,82	404,03	473,01	3.048,20	4.910,26	6.710,10
2.27 Videolaringoscopia	Exame	10	95,12	148,45	180,70	951,20	1.484,50	1.807,00
TOTAL	Exame	8.928				269.851,65	368.998,96	522.554,43
3. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (c/HM e c/ Mat/Med)								
3.1 Hemodiálise	Sessão	585	1.279,48	1.673,10	1.668,99	748.858,80	843.944,40	908.930,29
3.2 Pct de treinamento de diálise peritoneal	Qtd	36	1.279,48	1.673,10	1.668,99	46.061,28	58.424,40	58.950,84
						794.920,08	959.878,80	1.035.881,13
4. TRANSPORTE DE PACIENTES								
4.1 Locação de 1 (um) ônibus (min. 28 lugares)	Un	12.000	5,50	5,50	5,50	70.000,00	70.000,00	70.000,00
4.2 Locação de 1 (um) VAN (min. 15 lugares)	Un	12.000	3,72	3,72	3,72	44.640,00	44.640,00	44.640,00
						114.640,00	114.640,00	114.640,00
CUSTEIO MENSAL ESTIMADO						1.793.934,12	2.169.368,01	2.609.803,11
CUSTEIO ESTIMADO 6 (SEIS) MESES						10.717.047,12	12.965.328,10	15.761.282,66

1 - Utilizado o relatório do Painel Comparativo de Custos/RPSH no período de 10/2022 a 09/2023 da Policlínica de FORMOSA, base RPSH, para precificação dos itens de contratação.

2 - Exames de Biópsia/Cateterismo não foram precificados por serem procedimentos que deverão ser realizados na rede de referência/contra-referência, quando assim solicitados nos valores dos consultas/procedimentos.

3 - Para precificação da Locação de Ônibus foi utilizado a média pesquisa mercadológica na pesquisa (anexo PE nº 110/23, Cotação nº 1008/23, Ministério da Defesa 17/07/2023).

4 - Para precificação da VAN foi utilizado a média dos valores encontrados na Pesquisa junto ao site Banco de Preços.

5 - Utilizado o relatório do Painel Comparativo de Custos/RPSH no período de 10/2022 a 09/2023 do HUGO, base RPSH, para precificação de consulta Odontológica.

002401

002402

26. **CERTIFICAÇÃO DE QUE OS VALORES CALCULADOS ESTÃO ADSTRITOS AO CUMPRIMENTO DOS RESULTADOS ESPERADOS**

26.1. Informa-se que a composição do custeio baseou-se no Anexo Técnico I, sendo compilado e demonstrado por esta Gerência de Custos neste Anexo Técnico IV.

26.2. O mencionado Anexo Técnico I foi exarado pelas Superintendências de Políticas e Atenção Integral à Saúde - SPAIS e de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG, que conforme suas expertises técnicas, definiram as linhas assistenciais mais adequadas para a unidade de saúde, levando-se em consideração o seu perfil assistencial e a região abrangida.

26.3. Em momento subsequente, esta Gerência de Custos realizou a Estimativa de Custeio Operacional da unidade, que levou em conta os serviços indicados pelas referidas Superintendências, sua produção média e capacidade instalada, tal procedimento se deu no bojo deste Anexo IV, que explica, de forma detalhada, todas as peculiaridades envolvidas na sistemática da precificação, tais quais a utilização do percentil, memória de cálculo e valores mensais e semestral estimados.

26.4. Considerando ainda a Natureza de Fomento do Termo de Colaboração, que pressupõe repasses prévios por parte da Administração, buscou-se calcular um valor realista que não permita falta de recursos na unidade e consequente desassistência, e também a evitar repasses desconsiderados. Contudo, há de se ponderar que os gastos das unidades sofrem variações ao longo do tempo e de acordo com a decorrência do aumento ou diminuição das demandas.

26.5. Ressalta-se também que, ao longo da execução do termo, há a possibilidade de se adequar o repasse às necessidades da unidade, para correção de alguma distorção superveniente. Esta situação é natural ao se considerar a natureza de fomento dos termos de colaboração.

26.6. Assim, **certificamos** que os valores calculados estão adstritos ao cumprimento dos resultados esperados, e que não há excesso que implique em desperdício ao erário, ou escasse que comprometa a gestão da unidade pública, bem como o montante pecuniário estimado foi calculado obedecendo às necessidades de custeio dos serviços a serem prestados na **Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa.**

Referência Bibliográfica:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia. Ed. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006.

Avila MAG, Fusco SFB, Gonçalves JR, Caldeira SM, Padovani CR, Yoo HHB. Tempo de limpeza e preparo de sala: relação com o porte cirúrgico e perspectivas profissionais. Rev Gaúcha Enferm. 2014 jun;35(2):131-139. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42525.

ANEXO Nº V - SISTEMA DE REPASSE - SES/GEC - 21282

Policlínico Estadual - Unidade Formosa

27. **REGRAS E CRONOGRAMA DE REPASSE**

27.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

27.1.1. A atividade assistencial será pactuada conforme Anexo I - Especificações Técnicas **Policlínica Estadual - Unidade Formosa**, da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde – SPAIS elaborado em conjunto com a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG.

27.1.2. Para o funcionamento da **Policlínica Estadual - Unidade Formosa** foram considerados as seguintes linhas de serviços, para definição da produção estimada:

I - Atendimento Ambulatorial Médicas e Não Médicas (primeira consulta, interconsulta, consultas subsequentes (retornos), processos terapêuticos realizados por equipe multiprofissional);

II - Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais;

III - Consultas/Procedimentos Odontológicos;

IV - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT: contemplará os pacientes atendidos na Policlínica e também será disponibilizado para a Rede de Saúde; e,

V - Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal).

27.1.3. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

27.1.4. Além das atividades de rotina, a Policlínica poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO I - Descritivo de Serviços.

28. **PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO**

28.0.1. Caso, ao longo da vigência do Termo, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

28.0.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificados separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Termo de Colaboração.

28.0.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da **SES/GO, Portaria nº 426/2021** ou outra norma vigente.

28.0.4. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as **justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO**, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

28.0.5. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassadas para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

28.0.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

28.0.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do Termo de Colaboração, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização da Policlínica pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no Anexo I.

002404

29. **SISTEMA DE REPASSE**

29.1. Considerando a metodologia de custeio por absorção utilizada, os serviços ofertados, verificados in loco e os cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização da **Policlínica Estadual - Unidade Formosa** é de **R$ 2.160.918,05 (dois milhões, cento e sessenta mil novecentos e dezoito reais e cinco centavos)** no percentil *PS0*.

29.2. Do valor mensal, a parte fixa de 90% (noventa por cento) corresponde ao valor de **R$ 1.944.826,25 (um milhão, novecentos e quarenta e quatro mil oitocentos e vinte e seis reais e vinte e cinco centavos)** e, para o período de **6 meses**, o valor de **R$ 11.668.957,50 (onze milhões, seiscentos e sessenta e oito mil novecentos e cinquenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

29.3. Do valor mensal, a **parte variável de 10% (dez por cento)** corresponde ao valor **R$ 216.091,80 (duzentos e dezesseis mil noventa e um reais e oitenta centavos)** e, para o período de **6 meses**, corresponde ao valor de **R$ 1.296.550,80 (um milhão, duzentos e noventa e seis mil quinhentos e cinquenta reais e oitenta centavos)**, sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo.

29.4. Os repasses mensais poderão ser objeto de desconto caso não atinjam as metas estabelecidas para os indicadores de produção (modalidade de pactualização das atividades assistenciais) e Indicadores de Desempenho, assim, os percentuais de repasse serão de acordo com a tabela abaixo:

TABELA I - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO - 90% DO TERMO		
MODALIDADE DE PACTUALIZAÇÃO - METAS DE PRODUÇÃO		**PORCENTAGEM (%)**
1	Consultas médicas na atenção especializada	17,85
2	Consultas não médicas/multiprofissionais na atenção especializada	8,80
3	Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	0,71
4	Consultas/Procedimento Odontológicos	5,93
5	Clínica de Serviços Dialíticos	48,89
6	Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico - SADT	17,84
Total		**100%**

29.5. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 27.1.2. já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio descrita no Anexo IV.

29.6. Os pagamentos mensais dar-se-ão em conformidade com todo o disposto nos anexos IV e V.

29.7. Em todos os casos, a avaliação dos indicadores de desempenho será realizada trimestralmente, ou antes, mensalmente, diante da necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

29.8. A Secretaria de Estado da Saúde procederá também à análise dos dados ainda não homologados via SIGUS, assim como dos relatórios gerenciais, enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Termo de Colaboração.

29.9. O Sistema Integrado das Unidades de Saúde – SIGUS disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pela Policlínica Estadual - Unidade Formosa** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

29.10. A cada 06 (seis) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Termo de Colaboração, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

29.10.1. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

29.11. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, em andamento nas comissões, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos. E deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

29.12. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, ou antes, mensalmente, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, podendo gerar um ajuste financeiro a menor no mês ou meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador.

29.13. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados no mês ou meses subsequentes à análise dos indicadores**.

29.14. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados, que estejam previstos neste ajuste;

29.15. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores de quantitativos e de desempenho.

29.16. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas**, a Organização da Sociedade Civil (OSC) receberá prazo de 05 (cinco) dias corridos para defesa e contraditório.

29.16.1. Na medida em que os indicadores estiverem todos homologados no SIGUS, a OSC terá o prazo de 02 (dois) dois dias úteis do mês subsequente para apresentar defesa e contraditório.

29.17. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSC, a Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão - COMACG remeterá o parecer para anuência da gestão superior (Superintendência/Subsecretaria) e convalidação do Gestor da Pasta.

29.18. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao período avaliado.

002485

29.19. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Termo de Colaboração, acordada entre as partes nas respectivas reuniões de Monitoramento e Avaliação.

29.20. A análise deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Termo de Colaboração em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

29.21. **Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa,** o nome do **PARCEIRO PRIVADO**, o número de inscrição o CNPJ/ME, o número do Termo de Colaboração, a denominação da unidade hospitalar administrada, a descrição do serviço prestado, os componentes deste serviço, o período de execução dos serviços e o número de horas aplicadas ao termo/Contrato, quando couber.

29.22. O **PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente,** o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

29.23. Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

30. **CRITÉRIOS DE REPASSE**

30.1. **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL - 90% DO TERMO DE COLABORAÇÃO**

30.1.1. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, mensalmente, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

30.1.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na *Tabela II - Repasse da atividade realizado conforme percentual de volume pactualizado*, para o gerenciamento da **Policlínica Estadual - Unidade Formosa**.

30.1.3. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao PARCEIRO PRIVADO, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II a seguir apresentada:

TABELA II – REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME PACTUALIAZADO, PARA O GERENCIAMENTO DA POLICLÍNICA ESTADUAL - UNIDADE FORMOSA

MODALIDADE DE PACTUALIZAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Atendimento Ambulatorial Médicos Peso 17,83%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das internações
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das internações
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado as internações
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as internações
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinados as internações
Atendimento Ambulatorial Não Médicos Peso 8,80%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do peso percentual das cirurgias
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as cirurgias
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado as cirurgias
Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais Peso 0,71%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual dos procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual dos procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do peso percentual dos procedimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado aos procedimentos
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado aos procedimentos
Consultas/Procedimentos Odontológicos Peso 5,93%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado aos atendimentos

002407

002408

SADT Peso 17,84%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual dos exames/procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual dos exames procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
Clínica de Serviços Dialíticos Peso 48,69%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual do serviço de hemodiálise
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual do serviço de hemodiálise
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do peso percentual do serviço de hemodiálise
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do peso percentual do serviço de hemodiálise
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do peso percentual do serviço de hemodiálise

30.2. **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO - 10% DO TERMO DE COLABORAÇÃO**

30.2.1. Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico I – **Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago.

30.2.2. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados no mês ou nos meses subsequentes ao período de avaliação, que ocorrerá **em regime trimestral ou antes, mensal, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

30.2.3. Cada indicador de Desempenho acima descrito terá avaliada a sua performance calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$PCM = \frac{VA \times 100}{VM}$$

Onde:

PCM= Percentual de Cumprimento da Meta;

VA= Valor Atingido;

VM= Valor da Meta.

30.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$PCM = [1 - [(VA - VM) / VM)] \times 100$$

30.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela III a seguir.

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	10
80,00% até 89,99%	9
70,00% até 79,99%	8
60,00% até 69,99%	7
50,00% até 59,99%	6
< 50%	0

30.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir:

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

002409

30.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

002410

TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100%
9 a 9,9 pontos	100%
8 a 8,9 pontos	90%
7 a 7,9 pontos	80%
6 a 6,9 pontos	70%
5 a 5,9 pontos	60%
Menor que 5 pontos	ZERO

30.6.1. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSC. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** em seu site eletrônico, para análise por meio de *link* (gerado pela OSC) a ser direcionado por meio de acesso ao iOS Transparência no site da SES/GO.

30.6.2. A Organização da Sociedade Civil (OSC) deverá atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2009, às Leis de Acesso à Informação Federal nº 12.527/11 e Estadual nº 18.025/13, à Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás e à Instrução Normativa nº 1/2019 da Controladoria-Geral do Estado de Goiás.

30.6.3. Poderão ser aplicadas penalidades ao **PARCEIRO PRIVADO** em caso de reincidência no descumprimento das solicitações quanto ao portal da transparência e em concordância com regulamentação definida pela SES-GO.

30.7. É esse, portanto, o sistema de repasse para a presente unidade definido pela SES/GO.

Ressalta-se que cada área técnica foi responsável pela elaboração de parte deste documento, conforme expertise e área de atuação, subscrevendo em comum o documento apenas para efeitos práticos. Neste sentido, o Anexo I - Especificações Técnicas foi elaborado pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde / Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, o Anexo II - Ensino e Pesquisa pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos, foi elaborado pela Gerência de Gestão de Pessoas / Superintendência de Gestão Integrada e os Anexos IV – Estimativa de Custeio e V – Sistema de Repasse, pela Gerência de Custos / Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios.

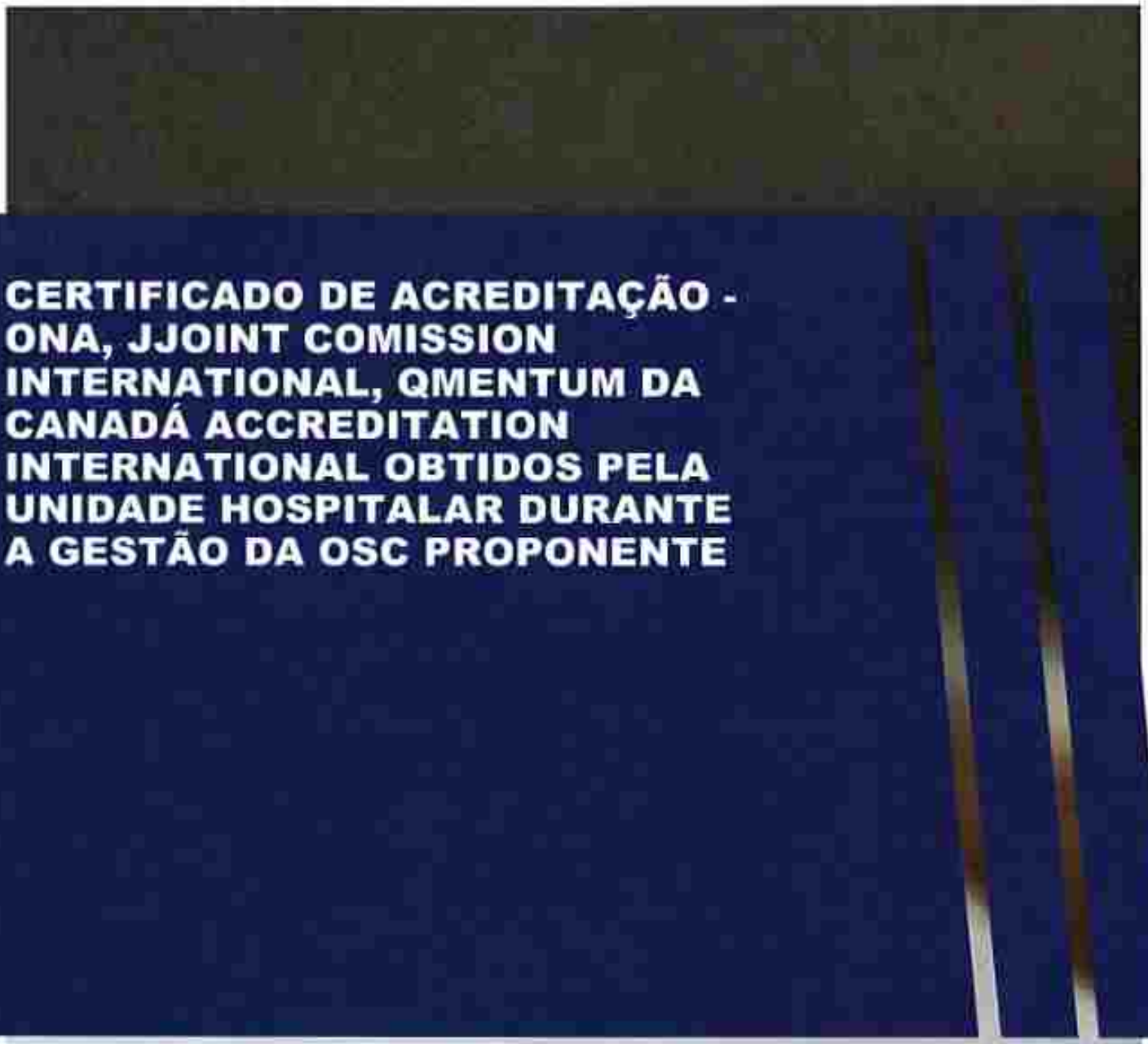
Documento assinado eletronicamente por **ANDRÉ FONSECA LEME, Usuário Externo**, em 09/07/2024, às 18:38, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR, Secretário (a) de Estado**, em 09/07/2024, às 19:02, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

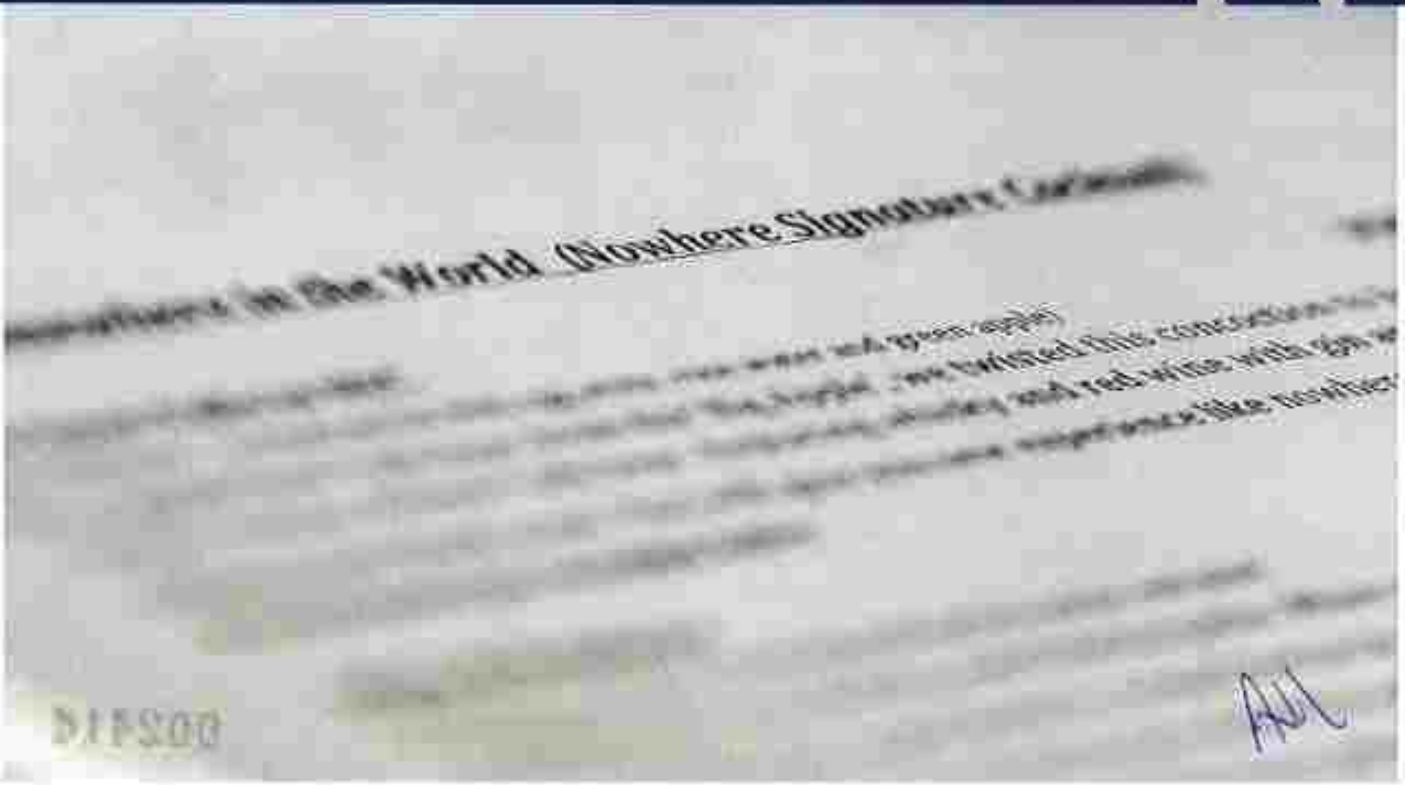
A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **62338875** e o código CRC **6298BEC7**.

Referência: Processo nº 202400010044543 SEI 62338875

002411



CERTIFICADO DE ACREDITAÇÃO - ONA, JJOINT COMISSION INTERNATIONAL, QMENTUM DA CANADÁ ACCREDITATION INTERNATIONAL OBTIDOS PELA UNIDADE HOSPITALAR DURANTE A GESTÃO DA OSC PROPONENTE



002414

certificado

Certificado Nº 1128-007-1041 | Validade 06/2025

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

HOSPITAL ESTADUAL DE TRINDADE - HETRIN

CNPJ: 19.324.171/0004-47

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto Qualisa de Gestão - IQG, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Hospital sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO PLENO

São Paulo, 12 de Junho de 2023

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

ACREDITADO PLENO

002415

ONA
Organização Nacional de Acreditação

IQG INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO

ISQua | IEEA | IEEA | ISQuaEEA

Entidades Fundadoras e Associadas

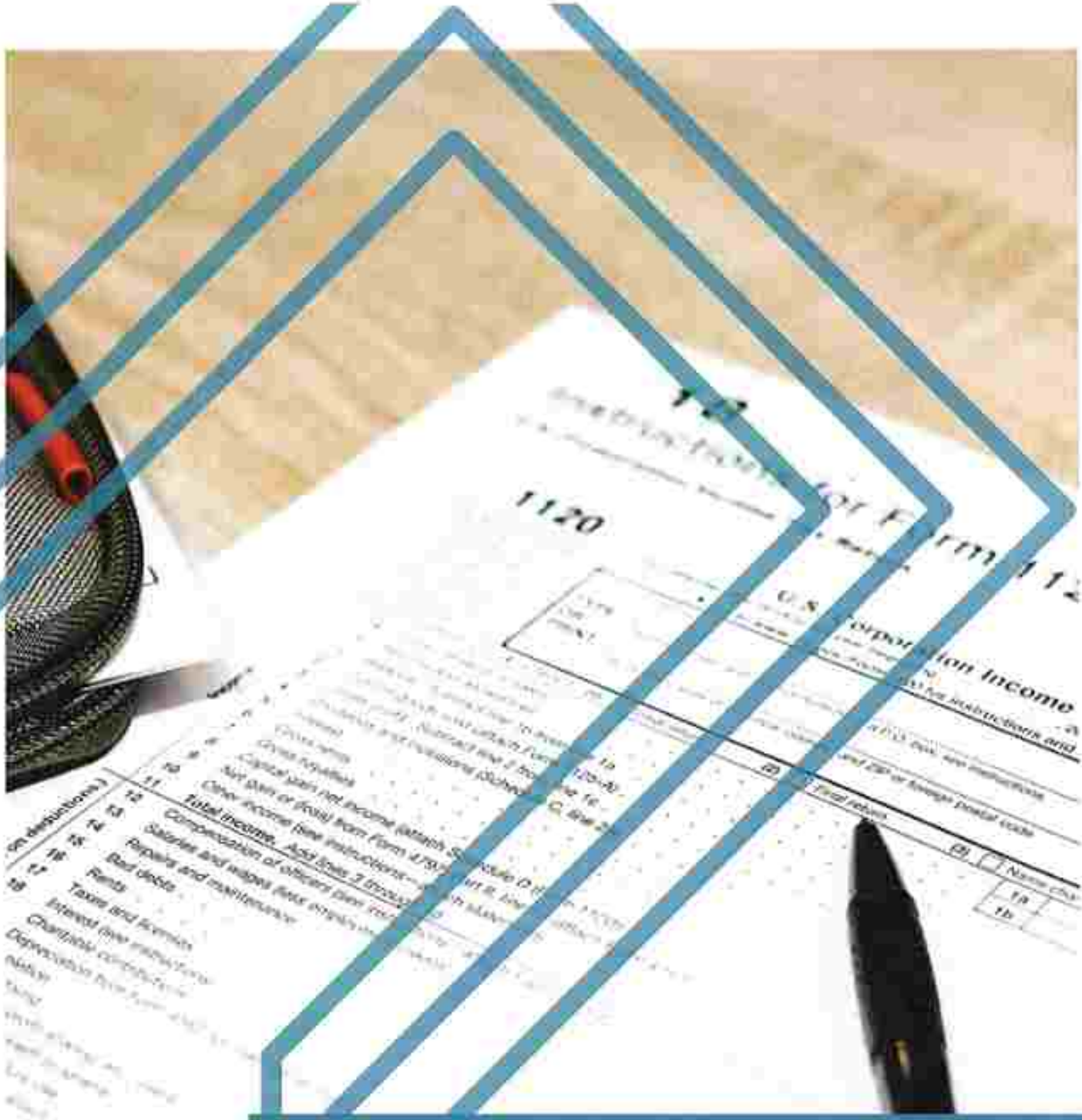
abramge | CNSaúde | FBH | FenaSaúde | CMB | SBAC | Unimed


EM BRANCO

ESTRUTURA DA GESTÃO



002418

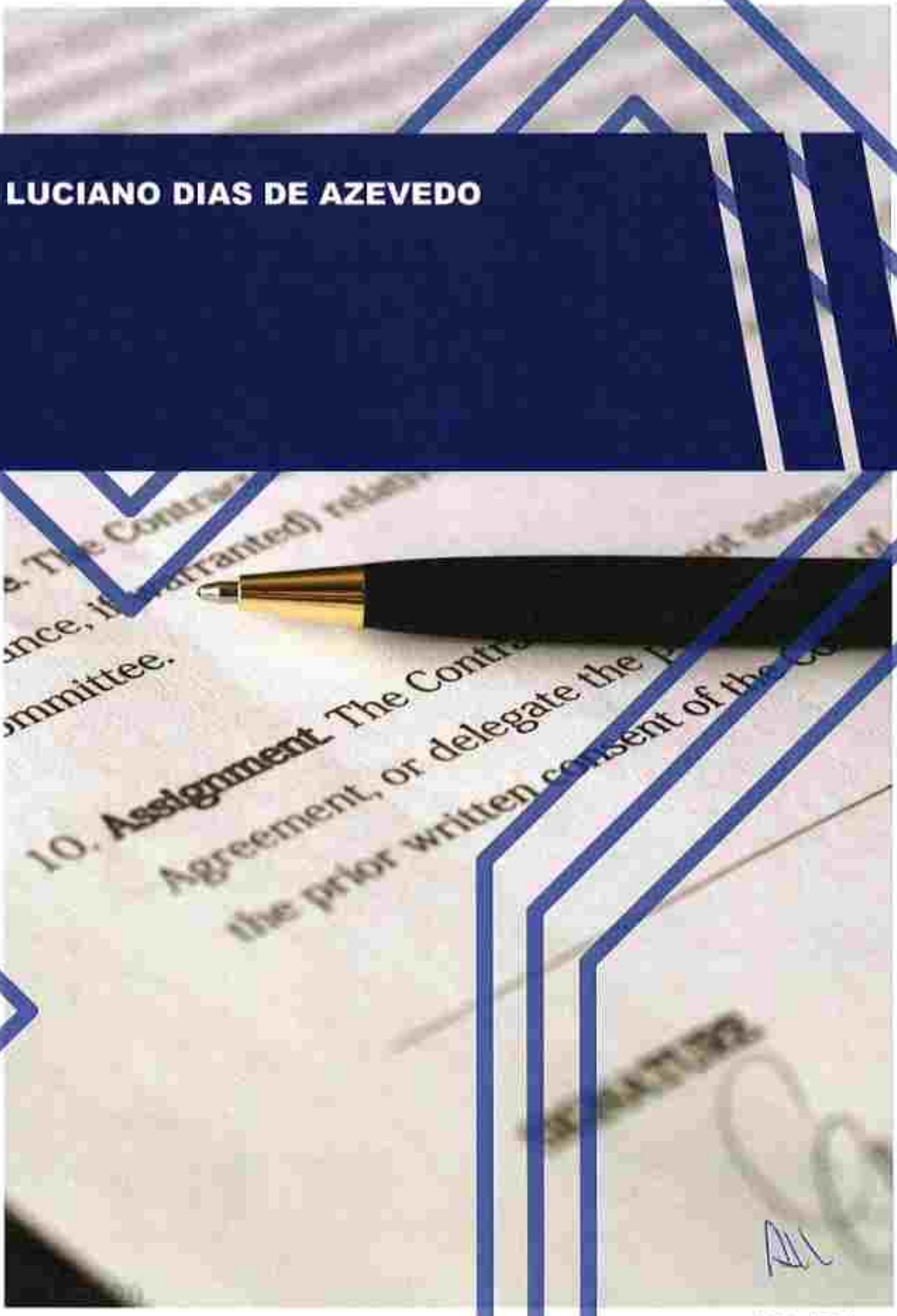


TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR DOS MEMBROS DA DIRETORIA E GERÊNCIA

002419

002420

LUCIANO DIAS DE AZEVEDO



002421

002422

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE SÃO PAULO

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
LUCIANO DIAS AZEVEDO

CRM /UF
104119/SP

FILIAÇÃO
WILSON DA SILVA AZEVEDO

KEZIA DIAS AZEVEDO

DATA DE INSCRIÇÃO
13/12/2001

VIA
1

ASSINATURA DO PORTADOR



CPF
195.762.028-50

RG / ÓRGÃO EMISSOR
268968895/SSP-SP

TÍTULO DE ELEITOR
269255040141

SEÇÃO
0245

ZONA
0063

DATA DE NASCIMENTO
20/06/1976

NATURALIDADE
SAO PAULO-SP

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
SÃO PAULO,25/11/2013

[illegible]

IDENTIDADE PARA QUALQUER
COM A LEI 6.206/75



002423

Scanned with CamScanner

4º TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO
EM BRANCO

002424

002425

ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CERTIFICADO

Conferimos a **Luciano Dias Azevedo, RG. 26.896.889-5,** o presente certificado de conclusão do curso de Pós-Graduação *lato sensu* em:

MBA Executivo em Gestão de Saúde

na área de conhecimento em Ciências Sociais Aplicadas, promovido pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial MEC/SERES nº 1 de 06/01/2012 e D.O.U de 09/01/2012, realizado no período de 01/05/2019 a 31/12/2020, compreendendo 620 horas.

São Paulo, 11 de outubro de 2021.

Felipe de Freitas Mendonça Marques
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

Pós-Graduado(a)

João Paulo Bittencourt
Coordenador de MBA e Programas de Gestão

6º TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO
EM BRANCO

002426

002427

Pós-Graduação *lato sensu*

HISTÓRICO ESCOLAR 2019-50

Disciplina	Corpo Docente		Carga Horária	Nota da Disciplina
	Professor	Titulação	h/a	
Finanças Corporativas, Gestão de Custos e Desempenho Empresarial	Rodolfo Leandro de Faria Olivo	Doutor	64	7,5
Gestão Empresarial e Planejamento Estratégico	Alan Nader Ackel Ghani	Doutor	52	8,7
Gestão Estratégia de Pessoas e Liderança	Izabela Mioto	Mestra	60	8,5
Gestão Hospitalar	Claudia Regina Lasalva	Mestra	60	9,0
Gestão de Marketing, Inovação e Empreendedorismo	Luis Fernando de Ascenção Guedes	Doutor	64	9,7
Gestão de Operações em Saúde	Miguel Cendoroglo Neto	Doutor	56	10,0
Gestão em Sistemas de Saúde e Epidemiologia	Claudio Luiz Lottenberg	Doutor	60	9,6
Métodos Aplicados	Leandro José Morilhas	Doutor	32	10,0
Negociação e Simulação Empresarial	Auro Key Honda	Mestre	48	10,0
Panorama do Mercado de saúde no Brasil e no Mundo: Presente e Futuro	Eliezer Silva	Doutor	48	8,4
Trabalho de Conclusão de Curso	Flávia Angeli Ghisi Nielsen	Doutora	60	8,0
Workshops de Imersão	João Paulo Bittencourt	Doutor	16	10,0
Carga horária total em hora/aula	.....	.....	**620**	.....

Monografia: "AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE GESTÃO FUNDAMENTAIS PARA ABERTURA EMERGENCIAL DE UM HOSPITAL EXCLUSIVO PARA ATENDIMENTOS DE PACIENTES COM COVID-19", aprovada com nota 8,0

OBSERVAÇÃO: Este curso cumpre as exigências regulamentares da Resolução nº 1 de 6 de abril de 2018 do Conselho Nacional de Educação.

São Paulo, 11 de outubro de 2021.

CERTIFICADO registrado sob o nº 2112/21
Fl. 80 do livro RC 05
Em 05 de novembro de 2021

AU1027AB888856

6º TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO
EM BRANCO



ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CERTIFICADO

Conferimos a **LUCIANO DIAS AZEVEDO, CPF. 195.762.028-50**, o presente certificado de conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu* em:

MBA Executivo em Liderança e Gestão Pública em Saúde

na área de conhecimento em Ciências Sociais Aplicadas, promovido pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial MEC/SERES nº 1 de 06/01/2012 e D.O.U de 09/01/2012, realizado no período de 01/09/2021 a 31/05/2023, compreendendo 620 horas.

São Paulo, 23 de fevereiro de 2024.

Felipe de Freitas Mesdonça Marques
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

Pós-graduado(a)

Monica Sabino Hasnar
Coordenadora de MBA e Programas de Gestão

002429



002430

Pós-graduação *lato sensu*

HISTÓRICO ESCOLAR 2021-51

Disciplina	Corpo Docente		Carga Horária	Nota da Disciplina
	Professor	Titulação	h/a	
Análise do Ambiente de Saúde	Dannielle Fernandes Godoi	Doutora	44	8,4
Futuro da Saúde	Ellezer Silva	Doutor	36	9,1
Análise de Conjuntura Econômica e Viabilidade de Projetos	Mauricio Godoi	Mestre	70	8,4
Comunicação 360°	Izabela Mioto	Mestre	20	8,8
Dados e Tomada de Decisão	Edson Amaro	Doutor	58	8,8
Estratégia e Execução	César Akira	Doutor	96	8,8
Finanças Corporativas, Gestão de Custos e Desempenho Empresarial	George André Wilrich Sales	Doutor	44	7,5
Gestão de Políticas Públicas em Saúde	Patrícia Sampaio Chuairi	Doutora	48	9,1
Humanização e Saúde Mental nas Organizações	Patrícia Itocazo Rocha	Mestre	28	8,8
Imersão em Empresas de Saúde Pública	Monica Sabino Hasaner	Doutora	16	9,0
Liderança em Ambientes Complexos	João Paulo Bittencourt	Doutor	36	8,8
Projeto Aplicado	Dannielle Fernandes Godoi	Doutora	40	9,8
Parcerias e Colaboração	Lenir Santos	Doutor	36	10,0
Saúde Baseada em Valor	Vanessa Damazio Teich	Mestre	48	8,8
Carga horária total em hora/aula	----------	----------	**620**	----------

Projeto Aplicado: "A JORNADA DO PACIENTE AZUL, AMARELO E VERDE EM UM PRONTO SOCORRO DE HOSPITAL DO CENTRO NORTE GOIANO", aprovado com nota 9,8

OBSERVAÇÃO: Este curso cumpre as exigências regulamentares da Resolução nº 1 de 6 de abril de 2018 do Conselho Nacional de Educação.

São Paulo, 23 de fevereiro de 2024.

Certificado registrado sob o nº 10829/24 – Lote 51



10220

002431

6º TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO
EM BRANCO

002432

ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos que **LUCIANO DIAS AZEVEDO, CPF. 195.762.028-50**, concluiu o curso de pós-graduação lato sensu em MBA Executivo em Liderança e Gestão Pública em Saúde, realizado no período de 01/09/2021 a 31/05/2023, com carga horária total de 620 horas.

O curso tem o reconhecimento através da portaria ministerial MEC/SERES nº1 de 06/01/2012 e publicada em 09/01/2012.

Segue abaixo o aproveitamento das disciplinas:

Grade Curricular	Carga horária	Nota	Situação
Análise do Ambiente de Saúde	44	8,4	Aprovado
Futuro da Saúde	36	9,1	Aprovado
Análise de Conjuntura Econômica e Viabilidade de Projetos	70	8,4	Aprovado
Comunicação 360°	20	8,8	Aprovado
Dados e Tomada de Decisão	68	8,8	Aprovado
Estratégia e Execução	96	8,8	Aprovado
Finanças Corporativas, Gestão de Custos e Desempenho Empresarial	44	7,5	Aprovado
Gestão de Políticas Públicas em Saúde	48	9,1	Aprovado
Humanização e Saúde Mental nas Organizações	28	8,8	Aprovado
Imersão em Empresas de Saúde Pública	16	9,0	Aprovado
Liderança em Ambientes Complexos	36	8,8	Aprovado
Projeto Aplicado	40	9,8	Aprovado
Parcerias e Colaboração	36	10,0	Aprovado
Saúde Baseada em Valor	48	8,8	Aprovado
Total	**620h**	---	---

TABELIÃO DE NOTAS
SÃO PAULO
S.P. 08 OUT. 2024
124520 AUTENTICAÇÃO
AU1627A50088947

São Paulo, 14 de agosto de 2024.

Felipe de Freitas Mendonça Marques
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

6º TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO
EM BRANCO

002434

002435

UNICAMP

Universidade Estadual de Campinas

O Reitor da Universidade Estadual de Campinas, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina, reconhecido pelo Decreto Federal n.º 66465 de 20 de abril de 1970, ratificado pela Portaria MEC n.º 1790 de 22 de dezembro de 1993 e a Colação de Grau, realizada em 13 de dezembro de 2001, confere o título de

Médico a

Luciano Dias Azevedo

brasileiro, natural do Estado de São Paulo, nascido a 20 de junho de 1970, RG 20.898.869-5-SP

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Cidade Universitária "Zeferino Vaz", 13 de dezembro de 2001

Antonia Faggiani
Diretor Acadêmico

Angelo Luiz Cortelazzo
Pró Reitor de Graduação

Diplomado

Hermano Tavares
Reitor

TABELIÃO DE NOTAS
SÃO PAULO

AUTENTICAÇÃO
AU1027AS0006934

Conselho Regional de Medicina
Estado do Amazonas
DIPLOMA REGISTRADO à fls. 65
livro nº 06 de acordo com
a Lei nº 3268 de 30 de Setembro
de 1957
Inscrição nº CREMAM nº 4694
MANAUS, 21 de dezembro de 2007
ASSISTENTE SUSA
Dr. Álvaro Luiz S. Pinto
Presidente

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DO PARÁ
Inscrito a Fls. 268 do Livro 19
sob o Nº 8960 Em 20 de
Dezembro de 2007
Belém, 20 / 12 / 2007
José Antunes Coelho
Presidente

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Diploma registrado sob nº 323779
Processo nº 1492/01 nos termos
Artigo 48 da Lei 9394/96
SRADD 13 / 12 / 2001
BONIA MARIA TURBIANI MACHADO
Diretor Técnico de Serviço II
PAULO BOLLELA
Secretário Geral

CREMEGO
Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás
Nesta data, o presente diploma do(a) Dr(a) LUCIANO DIAS AZEVEDO foi registrado sob o nº 31481 de acordo com o artigo 17 da Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957
Goiânia/GO: 23/01/2022
FERNANDO ACCIOLY NEVES DE SIQUEIRA
PRESIDENTE

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
ESTADO DE SÃO PAULO
REGISTRO DE DIPLOMA
Nº 104119
São Paulo, 13 / 12 / 2001

RAFAELA SOUZA GOMES DA SILVA
ESCREVENTE AUTORIZADO
WWW.SPSERVENTIAS.COM.BR
SOLICITE AUTENTICAÇÃO EM ATÉ 30 DIAS

002436

uninga
Centro Universitário

A Diretora de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação do UNINGÁ - Centro Universitário Ingá, no uso de suas atribuições legais, certifica que **LUCIANO DIAS AZEVEDO**, matrícula no CPF 195.762.028-80 concluiu nesta instituição de Ensino Superior, em 12 de março de 2023, o curso de Especialização Lato sensu em:

ADEQUAÇÃO NUTRICIONAL E MANUTENÇÃO DA HOMEOSTASE – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DOENÇAS RELACIONADAS À IDADE

Maringá, 28 de março de 2023.

Profª. Dra. Sandra Marina Pellizzo
Diretora de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação

Luciano Dias Azevedo
Especialista

UNINGÁ - Centro Universitário Ingá - Credenciado pela Portaria Ministerial nº 775, de 23/07/2014, publicada no D.O.U. de 24/07/2014

uninga
Centro Universitário

HISTÓRICO ESCOLAR DE PÓS-GRADUAÇÃO

Aluno: LUCIANO DIAS AZEVEDO
CPF: 195.762.028-80
Curso: Adequação Nutricional e Manutenção da Homeostase - Prevenção e Tratamento de Doenças Relacionadas à Idade
Período de Realização: 26/08/2021 a 12/03/2023
Realizado na Unidade da UNINGÁ - Centro Universitário Ingá em São Paulo
Localizado à R. José Maria Lisboa, Nº 645 - CEP: 01423000
Carga Horária total de curso: 360 horas
Frequência total: 100%

DISCIPLINAS CURSADAS	PROFESSOR(A)	C.H. TEÓRICA	C.H. PRÁTICA	C.H. TOTAL	NOTA
1. Alimentos Funcionais, Intolerância e Alergia Alimentar	Dr. Luiz Geraldo Theodoro Ribeiro	40	-	40	9,0
2. Dietoterapia Gastrointestinal, Prevenção	Dr. Augusto Cesar Victoria Polli	40	-	40	9,0
3. Estresse e Envelhecimento	Dr. Luiz Geraldo Theodoro Ribeiro	40	-	40	9,0
4. Estudos Aprofundados em Metabolismo	Me. Alexandre Henrique Leonel	40	-	40	9,0
5. Imunidade em Processos de Envelhecimento	Dr. Luiz Geraldo Theodoro Ribeiro	30	-	30	9,0
6. Marketing Pessoal	Dr. Luiz Geraldo Theodoro Ribeiro	40	-	40	9,0
7. Metagenômica e Antropometria	Dr. Luiz Geraldo Theodoro Ribeiro	40	-	40	9,0
8. Metodologia da Pesquisa	Me. Bruno Augusto Oliveira Dias	30	-	30	9,0
9. Nutrição e Desempenho Corporal	Dr. Luiz Geraldo Theodoro Ribeiro	40	-	40	9,0
10. Síndrome Metabólica	Dra. Ana Carolina Garcia Martins	30	-	30	9,0

Monografia
Título: Os impactos da nutrição na homeostase e os benefícios na nutrigenômica para o desenvolvimento de uma medicina personalizada. **Orientador:** Luiz Geraldo Theodoro Ribeiro. **Titulação:** Doutor.
Nota: 9,5

Curso criado sob a égide da Resolução nº 01/2018 - CNE/CES/MEC

Maringá/PR, 30 de março de 2023.

Prof. Dra. Sandra Marina Pellizzo
Diretora de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação

TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO
Assino a pedido e a rogo e em nome de [redacted] em razão de [redacted]
S.P. 06 DEZEMBRO 2024
RAFAELA SOUZA GOMES DA SILVA
ESCREVENTE AUTORIZADA
www.cartaodefirma.com.br
Avenida Francisco Matarazzo, 462
AUTENTICAÇÃO - R$ 4,20
AU102745046923

002437

UNINGÁ - Centro Universitário Ingá - Credenciado pela Portaria Ministerial nº 775, de 23/07/2014, publicada no D.O.U. de 24/07/2014
Endereço: Av. Rio Branco, 6124 / ZIP 87020-025 / Maringá - PR / Fone/Fax: 44 3218-6800
E-mail: ensino@uninga.com.br / www.uninga.br

6º TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO
EM BRANCO

6º TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO
EM BRANCO

Universidade Estadual de Campinas

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Programa Credenciado pela CNRM/MEC - Parecer n.º 54/98 de 22/11/1998

UNICAMP

Certificado

certificamos que o Doutor

LUCIANO DIAS AZEVEDO

CRM 104.119, SP, CPF 195.762.028-50, concluiu Residência Médica na especialidade de Anestesiologia, cursada no período de 01-02-2003 a 01-02-2006, a quem conferimos o título de Especialista, de acordo com a Lei 6.932, publicada no Diário Oficial em 09/07/81.

Campinas, 01 de março de 2006

Profa. Dra. Lilian Tereza Lacras Castellari
Diretora

Profa. Dra. Gláucia Maria B. Pereira
Coordenadora do Programa

Assinatura Residente

SP 08 OUT 2024

124628
AUTENTICAÇÃO

AU1027AS00888930

002439

ESTE CERTIFICADO FOI REGISTRADO NA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM/SESu/MEC)

EM 12/12/2024

Nº DO REGISTRO 2C2782-1

Profa. Dra. Lilian Teresa Lavras Costalat
Diretora da Faculdade de Ciências Médicas
FCM/UNICAMP

CREMESP

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

ANESTESIOLOGIA

277 2024

TABELIÃO DE NOTAS

12 OUT. 2024

124628
AUTENTICAÇÃO

AU1027A50088931

002440

OEA
Más derechos
para más gente

SMS/SMS/035
8 de abril de 2021

Antigua y Barbuda
Argentina
Barbados
Bahamas
Belize
Bolivia
Brasil
Canadá
Chile
Colombia
Costa Rica
Cuba
Dominica
Ecuador
El Salvador
Estados Unidos
Granada
Guatemala
Guyana
Haití
Honduras
Jamaica
México
Nicaragua
Panamá
Paraguay
Perú
República Dominicana
San Kitts y Nevis
Santa Lucía
San Vicente y las Granadinas
Suriname
Trinidad y Tobago
Uruguay
Venezuela

Señor
Luciano Dias Azevedo
Sao Paulo, Brasil

Estimado Señor Dias :

La Secretaria de Seguridad Multidimensional (SSM) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) apoya a los Estados Miembros de la OEA en el diseño e implementación de políticas, programas y proyectos, integrando prioridades para fortalecer la seguridad y abordar las amenazas que se enfrentan en la región.

La misión de la SSM es promover y coordinar la cooperación entre los Estados Miembros de la OEA, y de éstos con el Sistema Interamericano y otras instancias del Sistema Internacional, para evaluar, prevenir, enfrentar y responder efectivamente a las amenazas a la seguridad, con la visión de ser el principal referente hemisférico para el desarrollo de la cooperación y el fortalecimiento de las capacidades de los Estados Miembros de la OEA. La SSM quisiera contar con expertos que proporcionen recomendaciones generales relacionadas con el desarrollo y la implementación de los programas que se llevan a cabo a nivel de toda la Secretaria de Seguridad Multidimensional, así como información para las herramientas de evaluación de necesidades.

Dada su experiencia en estos temas y en específico en Bioseguridad, nos complace invitarlo a participar como asesor experto de la Secretaria Ejecutiva para temas relacionados en seguridad multidimensional. Creemos que su participación proporcionará una valiosa orientación en apoyo de dichos temas.

TABELIÃO DE NOTAS
SÃO PAULO
SP 08 MAI 2021
124628
AUTENTICAÇÃO
AU1027AS0686921

002441

6º TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO
EM BRANCO

6º TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO
EM BRANCO

002442

Estaré encantado de proporcionar cualquier información adicional que pueda requerir sobre esta iniciativa se puede comunicar con el Secretario Arthur Weintraub aweintraub@oas.org con copia a la Sra. Claudia Arango, carango@oas.org.

Esta designación es por un periodo de un año a partir de la fecha de esta comunicación y para el desempeño de la misma, le proveeré la información relevante sobre los objetivos y actividades que estaremos realizando desde la SMS.

Aunque no hay una remuneración financiera asociada a esta designación, espero que la satisfacción personal de contribuir a los esfuerzos interamericanos hacia la protección y la Seguridad sea suficiente recompensa al tiempo y esfuerzo que estoy seguro dedicará a esta causa.

Agradezco nuevamente su compromiso con la Seguridad Multidimensional y con la SSM. Será un gran placer el que trabajemos juntos.

Atentamente,

Arthur Weintraub
Secretario de Seguridad Multidimensional
Organización de los Estados Americanos

Con la firma de esta carta acepto la designación por el Secretario de Seguridad Multidimensional de la OEA como experto especial por la Seguridad de la SG/OEA.

Asesor Experto Invitado



50 TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO
EM BRANCO

4º TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO
EM BRANCO

002444

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 003/2023

QUADRO RESUMO

A) PARTES

(i) Contratante:

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

Sede: Rua Itapeva, nº 202, Conj. 34, Bela Vista, São Paulo-SP, CEP.: 01.332-000

CNPJ/MF: 19.324.171/0001-02

Filial (para faturamento): Rua Anápolis, Qd.28, Lt.09-A, Sala 03, Centro, Uruaçu-GO, CEP.: 76.400-000

CNPJ/MF nº 19.324.171/0008-70

(ii) Contratada:

Nome: **LUCIANO DIAS AZEVEDO LTDA**

CNPJ/MF nº 48.584.799/0001-37

Endereço: Rua Santos Dumont, nº 970, Vila São Vicente, Artur Nogueira/SP, CEP.: 13.163-196

Representante Legal: Luciano Dias Azevedo, brasileiro, casado em regime de união estável, médico, portador da Cédula de Identidade RG nº 26.896.889-5 SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob o nº 195.762.028-50

B) OBJETO: Prestação de Serviços de Direção e Responsabilidade Técnica Hospitalar

C) PRAZO DE VIGÊNCIA: 01/02/2023 a 23/11/2025

D) PREÇO MENSAL DO CONTRATO: R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)

E) RESPONSÁVEL TÉCNICO DA CONTRATADA: Dr. Luciano Dias Azevedo, CREMESP nº 104.119, RQE nº 42.491, MBA Executivo em Gestão de Saúde pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein

002446

F) MULTAS APLICÁVEIS À CONTRATADA:

F.1: 0,5% (meio por cento) do preço mensal do Contrato por infração legal ou contratual cometida, bem como por cada serviço prestado com ineficiência, sendo que caso a infração ou ineficiência não seja sanada no mês subsequente;

F.2: de 0,5% (meio por cento) do preço mensal dos Serviços por cada dia de atraso.

G) COMUNICAÇÃO ENTRE AS PARTES:

1) Para a CONTRATANTE:
- Luciana Fernandes
-E-mail: financeiro@imed.org.br ou luciana.souza@imed.org.br
-Telefone: (11) 3141-1128

2) Para a CONTRATADA:
- Luciano Azevedo
- E-mail: luc@lucaz.com.br
- Telefone: (19) 99991-6667

H) Anexos:

(a) Anexo I – Descritivo de Atividades

- Considerando que a referida contratação se faz necessária para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto ao **Hospital Estadual do Centro-Norte Goiano (HCN)**, tendo em conta que a **CONTRATANTE** é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Contrato de Gestão firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado de Saúde (Contrato de Gestão nº 080/2021 – SES / GO);

- Considerando que, de acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), em Resolução publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 27 de outubro de 2016 sob nº de 2.147/2016, é obrigatório que empresas ou instituições de intermediação da prestação de serviços médicos disponham de profissional médico para o desenvolvimento de funções específicas de Direção Técnica;

- Considerando que a presente contratação trata de cargo de confiança, vez que diz respeito à direção e responsabilidade técnica do Hospital Estadual do Centro-Norte Goiano (HCN);

- Considerando que os serviços ora contratados são especializados e voltados para dar apoio direto à direção da aludida Unidade de Saúde; e

- Considerando que referida contratação de confiança dar-se-á na pessoa do sócio titular da empresa

002448

LUCIANO DIAS AZEVEDO LTDA, Dr. Luciano Dias Azevedo, que será o responsável por desempenhar os serviços e respectivas atividades de direção e responsabilidade técnica junto ao HCN.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as Partes qualificadas no **Item A do QUADRO RESUMO** têm entre si justo e acordado, o presente Contrato de Prestação de Serviços ("Contrato"), em conformidade com as seguintes cláusulas e condições, bem como pela legislação vigente, e que mutuamente outorgam, aceitam e se obrigam a cumprir, por si e seus eventuais sucessores.

CLÁUSULA I - OBJETO DO CONTRATO

1.1. - É objeto do presente Contrato a prestação pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE** dos serviços descritos no **Item B do QUADRO RESUMO** ("Serviços"), em caráter autônomo e não exclusivo, conforme e nos termos deste Contrato e seu anexo listado no **Item H do QUADRO RESUMO**.

1.2. - Em caso de divergências na interpretação ou aplicação entre os termos e condições do presente Contrato e os termos e condições do anexo, prevalecerão, para todos os fins e efeitos de direito, os termos e condições previstas no Contrato.

1.3. - Outras atividades que forem correlatas e/ou complementares à efetiva prestação dos Serviços ora contratados também integram o objeto desta cláusula, ainda que não mencionadas expressamente.

1.4. - Os Serviços ora contratados deverão ser prestados com estrita observância à legislação pertinente ora vigente. A **CONTRATADA** assegura para todos os fins que, está apta e em conformidade legal para a execução do presente Contrato, bem como que possui todas as licenças, autorizações, registros, certidões e certificados necessários para o fornecimento do seu objeto, atendendo a todos os requisitos legais.

1.5. – A **CONTRATADA** declara ter ciência de que a **CONTRATANTE** exerce atividade essencial à saúde pública e que os Serviços objeto deste Contrato são essenciais ao atendimento de tal finalidade e, portanto, a **CONTRATADA** poderá suspender a execução de suas obrigações contratuais somente nos termos especificados no cláusula 8.2 da cláusula VIII deste Contrato.

1.6. - A **CONTRATADA** declara ter considerado na formação de seus preços as características do local onde serão prestados os Serviços, bem como das condições que poderão afetar o custo, o prazo e a realização dos mesmos. Declara, ainda, ter analisado detalhadamente a natureza e as condições das localidades onde os Serviços serão prestados, inclusive no que se refere às vias e rotas de acesso, dados topográficos, localização, adequação das localidades, condições ambientais locais, clima, condições meteorológicas, geológicas, infraestrutura dos locais passíveis, sendo os preços ofertados pela **CONTRATADA** suficientes para a perfeita prestação dos Serviços.

CLÁUSULA II - GARANTIAS E RESPONSABILIDADES

002450

2.1 - Serão de integral responsabilidade da **CONTRATADA** todos os ônus e encargos trabalhistas, tributários, fundiários e previdenciários decorrentes dos Serviços objeto deste Contrato, assumindo a **CONTRATADA**, desde já, todos os riscos de eventuais reclamações trabalhistas e/ou tributárias e/ou autuações previdenciárias que envolvam seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos, ainda que propostas contra a **CONTRATANTE** ou quaisquer terceiros, comprometendo-se a **CONTRATADA** a pedir a exclusão da lide da **CONTRATANTE**, bem como arcar com todos os custos eventualmente incorridos pela mesma em virtude das reclamações em tela.

2.2 - Responsabiliza-se a **CONTRATADA**, também, por todas as perdas, danos e prejuízos causados por culpa e/ou dolo comprovado de seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos na execução deste Contrato, inclusive por danos causados a terceiros.

2.3 - Caso a **CONTRATANTE** seja notificada, citada, autuada, intimada ou condenada em decorrência de quaisquer obrigações fiscais, trabalhistas, tributárias, previdenciárias ou de qualquer natureza, atribuíveis à **CONTRATADA**, ou qualquer dano ou prejuízo causado pela mesma, fica a **CONTRATANTE** desde já autorizada a reter os valores pleiteados de quaisquer pagamentos devidos à **CONTRATADA**, em decorrência deste ou de outros Contratos firmados entre as partes, bem como utilizar tais valores para compensar os custos eventualmente incorridos pela **CONTRATANTE**.

2.4 – A comprovação do cumprimento pela **CONTRATADA** e pelos seus subcontratados dos encargos sociais e trabalhistas e todos os ônus de seu pessoal empregados para a execução dos Serviços é condição para o recebimento dos pagamentos devidos sob este Contrato pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA III - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

3.1 - Além de outras obrigações expressamente previstas neste Contrato e na legislação vigente, obriga-se a **CONTRATADA** a:

a) fornecer profissionais qualificados para a execução dos Serviços, bem como disponibilizar outros para a cobertura ou substituição dos mesmos, na hipótese de impedimento daqueles;

b) obedecer às normas de segurança e de higiene do trabalho e aos regulamentos internos da **CONTRATANTE**, inclusive para que a prestação dos Serviços ora contratados não interfira na rotina de trabalho existente dentro das dependências da **CONTRATANTE**;

c) fazer com que seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos usem uniforme adequado e estejam identificados com crachá no desenvolvimento de suas atividades;

d) substituir imediatamente qualquer contratado, empregado, subcontratado ou preposto que, a critério exclusivo da **CONTRATANTE**, seja considerado inadequado;

e) indicar responsável técnico para execução dos Serviços no momento em que estes forem iniciados;

f) executar os Serviços ora contratados com zelo e eficiência e de acordo com os padrões e recomendações que regem a boa técnica;

002452

g) obedecer e fazer cumprir a legislação pertinente à prestação dos Serviços ora contratados;

h) cumprir tempestivamente o recolhimento de todos os encargos trabalhistas, previdenciários e securitários de acordo com as leis vigentes, referentes aos seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos ou mesmo alocados para a execução dos Serviços objeto deste Contrato;

i) cumprir tempestivamente o recolhimento de todos os impostos, taxas e contribuições concernentes à execução dos Serviços objeto deste Contrato;

j) submeter à aprovação prévia e por escrito da **CONTRATANTE** a intenção de subcontratar, total ou parcialmente, os Serviços objetos deste Contrato;

k) prestar todas as informações e apresentar todos os relatórios solicitados pela **CONTRATANTE**, em até 5 (cinco) dias a contar da respectiva solicitação;

l) fornecer ao seu pessoal utilizado na prestação dos Serviços todo o material, ferramentas, equipamentos, insumos, EPIs e tudo o que for necessário para a completa prestação dos Serviços, sem ônus para a **CONTRATANTE;**

m) refazer ou corrigir imediatamente qualquer parte dos Serviços executados em desacordo com o estabelecido neste Contrato e na legislação vigente, ou de forma insatisfatória ou sem qualidade; e

n) manter sob sua guarda, pelo período de 5 (cinco) anos, todos os registros e documentos técnicos e contábeis relativos à execução dos Serviços prestados.

CLÁUSULA IV - OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1 - Além de outras obrigações expressamente previstas neste instrumento, obriga-se a **CONTRATANTE** a:

a) efetuar o pagamento das faturas apresentadas observando os prazos e condições estabelecidos neste Contrato;

b) comunicar em tempo hábil à **CONTRATADA**, a ocorrência de fato impeditivo, suspensivo, extintivo ou modificativo à execução dos Serviços; e

c) assegurar aos contratados, empregados, subcontratados e prepostos da **CONTRATADA** o acesso às informações e equipamentos necessários para prestação dos Serviços contratados e aos locais onde os mesmos serão executados.

CLÁUSULA V – PREÇOS, REAJUSTE E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

5.1. - Pela integral execução dos Serviços será pago o preço mensal especificado no **ITEM D do QUADRO RESUMO**.

002453

092454

5.2. - Os pagamentos serão realizados até o dia 15 (quinze) do mês subsequente ao da prestação dos Serviços, mediante emissão e entrega da respectiva nota fiscal e relatório mensal de atividades, e desde que o IMED tenha recebido o repasse do Estado o valor do custeio/repasse correspondente ao mês em que objeto foi executado, do que a **CONTRATADA**, desde já, fica ciente e concorda.

5.3. - O relatório mensal de atividades deverá ser enviado pela **CONTRATADA** de acordo com o previsto no contrato para validação e deverá conter os documentos abaixo mencionados, inclusive relacionados a eventuais subcontratados da **CONTRATADA**:

a) Folha de rosto timbrada da empresa com a indicação do mês de competência;

b) Relação pormenorizada de todas as atividades desenvolvidas com as evidências pertinentes (fotos e/ou documentos, quando aplicável);

c) Registros e licenças necessárias para execução do objeto contratado;

d) CV ou Lattes do representante legal da empresa ou, quando for aplicável, do responsável técnico pelos serviços executados, devidamente acompanhado do comprovante de inscrição do(s) mesmo(s) junto ao conselho de classe correspondente e do documento de identidade profissional equivalente;

e) Relação de empregados que atuaram na prestação dos serviços dentro do mês de competência e seus respectivos cargos, bem como dos comprovantes de recolhimento do INSS e FGTS correspondentes, quando aplicável (se os serviços forem prestados apenas pelo representante legal ou titular da empresa, deverá ser inserida uma nota neste sentido);

f) Certidões Negativas de Débito (Federal Conjunta, Trabalhista, FGTS, Estadual e Municipal), sendo aceitas certidões positivas com efeito de negativa, onde o descumprimento obstará o pagamento até a devida regularização;

g) Comprovantes mensais de recolhimento: GPS – Guia de Recolhimento do INSS específica, GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social, SEFIP – Sistema Empresa de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social, PIS, COFINS e CSLL;

h) Comprovantes de pagamento de salários e demais valores devidos aos contratados, empregados e prepostos, bem como recibo de férias e ASO (Atestado de Saúde Ocupacional Periódico) e, nos casos de desligamento, TRCT (Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho) homologado no respectivo sindicato, ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) demissional e Comprovantes dos pagamentos de todas as verbas rescisórias, quando aplicável; e

i) Outros documentos que, oportuna e previamente, sejam solicitados pela **CONTRATANTE**.

5.3.1. - A **CONTRATADA**, quando aplicável, deverá manter arquivado e apresentar à **CONTRATANTE** sempre que solicitado por esta, os seguintes documentos:

- Contrato Social e últimas alterações;

- Inscrição Estadual e Municipal; e

- Registro na Junta Comercial.

5.3.2. - A não apresentação dos documentos acima indicados ou, se apresentados, estiverem em desacordo com as determinações legais aplicáveis, facultará à **CONTRATANTE** reter os pagamentos mensais correspondentes, até que a situação seja regularizada. Uma vez regularizada a situação, à custa e sob exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA**, as quantias que lhe forem porventura devidas serão pagas sem qualquer reajuste e/ou juros, sendo que, o prazo de vencimento para o pagamento da remuneração será automaticamente prorrogado pelo número de dias correspondente ao atraso na apresentação dos documentos.

5.3.3. - Caso os documentos não sejam apresentados até a data prevista para o pagamento da remuneração, o vencimento será prorrogado para 5 (cinco) dias úteis após a respectiva apresentação não existindo, nesta hipótese, qualquer atualização ou acréscimo de juros sobre o valor em aberto.

5.4. - Se o vencimento da contraprestação pelos Serviços prestados recair em dias de sábado, domingo ou feriados, este será prorrogado para o primeiro dia útil subsequente.

5.5. - Caso ocorra divergência entre quaisquer valores, o pagamento da respectiva fatura será suspenso até a data do seu esclarecimento ou de correção pela **CONTRATADA**, não existindo, nesta hipótese, qualquer atualização ou acréscimo de juros sobre o valor em aberto.

5.6. - Todos os pagamentos à **CONTRATADA** serão feitos por meios eletrônicos para a conta bancária especificada abaixo, ou a qualquer outra conta de sua titularidade que venha a ser posteriormente informada por escrito à **CONTRATANTE**, servindo o comprovante de transferência bancária como recibo de pagamento:

LUCIANO DIAS AZEVEDO LTDA
CNPJ/MF: 48.584.799/0001-37
BANCO C6 S.A. (336)
AGÊNCIA: 0001
C.C: 22833712-7

5.7. - A **CONTRATANTE** fará a retenção de todos os tributos que, por força de lei, devam ser recolhidos pela fonte pagadora.

002458

5.8 - O preço mensal indicado na cláusula 5.1, acima, têm com data-base o mês de assinatura do Contrato e poderá ser reajustado anualmente mediante livre negociação entre as partes. A título meramente referencial, fica eleito como critério de reajuste o IPCA, sendo certo que, na hipótese de extinção, deverá, de comum acordo, ser eleito um outro índice de correção que melhor se adapte a este Contrato.

5.9. - Nos preços dos Serviços ora contratados estão compreendidos todos os custos e despesas da **CONTRATADA**, incluindo, mas não se limitando a transporte, uniforme, alimentação, tributos, taxas, pessoal e equipamentos necessários para o desenvolvimento dos Serviços contratados, ficando expressamente vedado o seu repasse para a **CONTRATANTE**.

5.10. - Esclarecem as partes o preço dos Serviços contratados foi estipulado por mútuo consenso, levando-se em consideração, dentre outros critérios, os custos, as despesas e os tributos devidos em decorrência direta ou indireta do presente Contrato, o período, o horário (inclusive noturno) e o ambiente em que os Serviços serão executados, como também a natureza e a complexidade do trabalho a ser desenvolvido, sendo que a **CONTRATADA** declara ter tido pleno conhecimento de tais fatores e que os considerou no preço proposto.

5.11. - No caso de a Secretaria de Estado de Saúde atrasar o repasse de um ou mais repasse(s)/custeio(s) mensal(is), o pagamento deverá ser disponibilizado à **CONTRATADA** em até 10 (dez) dias úteis da regularização das pendências financeiras pelo Estado, e a antes desse prazo a **CONTRATANTE** não será considerada inadimplente, não se aplicando o disposto na cláusula 5.12, abaixo, restando vedado à **CONTRATADA** emitir duplicatas e/ou realizar protestos e cobrar tais valores, tanto por meio extrajudicial como judicial contra a **CONTRATANTE**.

5.12. - Atrasos de pagamento por culpa exclusiva e comprovada da **CONTRATANTE** acarretarão a incidência de correção monetária pela variação do IPCA e juros moratórios de 0,5% (meio por cento) ao mês, que serão calculados proporcionalmente ao número de dias em atraso. Na hipótese de o IPCA do mês de pagamento ainda não ter sido divulgado, utilizar-se-á o do mês anterior.

5.13. – Sem prejuízo das penalidades ou outros direitos da **CONTRATANTE** aplicáveis por força deste Contrato ou da lei, a **CONTRATANTE** poderá efetuar a retenção ou glosa do pagamento de qualquer documento de cobrança, no todo ou em parte, nos seguintes casos:

I. Não utilização de materiais e recursos humanos exigidos para a execução do Serviço, ou utilização em qualidade ou quantidade inferior à demandada; e

II. Descumprimento de obrigação relacionada ao objeto do ajuste que possa ensejar a responsabilização solidária ou subsidiária da **CONTRATANTE**, independente da sua natureza.

CLÁUSULA VI – FORÇA MAIOR OU CASO FORTUITO

6.1. - Qualquer alegação de ocorrência de caso fortuito ou de força maior deverá ser imediatamente comunicada por escrito pela parte afetada à outra, com a devida comprovação dentro dos 5 (cinco) dias subsequentes à comunicação, sob pena de não surtir efeitos neste Contrato.

6.2. - Caso seja realmente necessário suspender a execução dos Serviços contratados, a **CONTRATADA** receberá sua remuneração proporcionalmente aos dias de serviço prestados até a data efetiva da suspensão.

6.3. - Cessado o motivo da suspensão, a parte suscitante comunicará, por escrito, tal fato à parte suscitada e os Serviços serão retomados pela **CONTRATADA** no menor tempo possível, o qual não deverá ser, em qualquer hipótese, superior a 3 (três) dias, a contar da data da aludida comunicação.

6.4. - A data de retomada dos Serviços será o marco inicial para fins de cálculo da remuneração da **CONTRATADA** no mês em que os Serviços forem retomados.

6.5. - Não serão considerados como eventos de caso fortuito ou força maior, dentre outros, as condições climáticas normais do local de prestação dos serviços, greves ou perturbações envolvendo o pessoal da **CONTRATADA** ou variação cambial.

CLÁUSULA VII – CONFIDENCIALIDADE

7.1. - A **CONTRATADA** se obriga a não revelar Informações Confidenciais a qualquer pessoa natural ou jurídica, sem o prévio consentimento por escrito da **CONTRATANTE**. Entende-se por Informação(ões) Confidencial(is) toda e qualquer informação e dados revelados pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** sejam eles desenvolvidos a qualquer momento pela **CONTRATANTE**, sejam estes dados ou informações sejam eles de natureza técnica, comercial, jurídica, ou ainda, de natureza diversa, incluindo, sem limitação, segredos comerciais, know-how, e informações relacionadas com tecnologia, clientes, projetos, memórias de cálculo, desenhos, planos comerciais, atividades promocionais ou de comercialização, econômicas, financeiras e outras, que não sejam de conhecimento púbiico, bem como todo e qualquer dado pessoal ou informação sensível de pacientes da **CONTRATANTE**. A **CONTRATADA**, por si e por seus subcontratados, empregados, diretores e representantes (todos, conjuntamente, "REPRESENTANTES"), obriga-se a não usar, nem permitir que seus REPRESENTANTES usem, revelem, divulguem, copiem, reproduzam, divulguem, publiquem ou circulem a Informação Confidencial, a menos que exclusivamente para a execução do Contrato.

7.2. - Caso se solicite ou exija que a **CONTRATADA**, por interrogatório, intimação ou processo legal semelhante, revele qualquer das Informações Confidenciais, a **CONTRATADA** concorda em imediatamente comunicar à **CONTRATANTE** por escrito sobre cada uma das referidas solicitações/exigências, tanto quanto possível, para que a **CONTRATANTE** possa obter medida cautelar, renunciar ao cumprimento por parte da **CONTRATADA** das disposições desta Cláusula, ou ambos. Se, na falta de entrada de medida cautelar ou recebimento da renúncia, a **CONTRATADA**, na opinião de seu advogado, seja legalmente compelida a revelar as Informações Confidenciais, a **CONTRATADA** poderá divulgar as Informações Confidenciais às pessoas e ao limite exigido, sem as

002462

responsabilidades aqui estipuladas, e envidará os melhores esforços para que todas as Informações Confidenciais assim divulgadas recebam tratamento confidencial.

7.3. - A violação à obrigação de confidencialidade estabelecida nesta cláusula, quer pela **CONTRATADA**, quer pelos seus REPRESENTANTES, sujeitará a **CONTRATADA** a reparar integralmente as perdas e danos diretos causados à **CONTRATANTE**.

7.4. - A **CONTRATADA** se obriga a devolver imediatamente todo material tangível que contenha Informações Confidenciais, incluindo, sem limitação, todos os resumos, cópias de documentos e trechos de informações, disquetes ou outra forma de suporte físico que possa conter qualquer Informação Confidencial, tão logo ocorra término ou a rescisão do Contrato.

7.5. - A **CONTRATADA** não fará qualquer comunicado, tirará ou divulgará quaisquer fotografias (exceto para as suas finalidades operacionais internas para a fabricação e montagem dos bens), ou revelará quaisquer informações relativas a este CONTRATO ou com respeito ao seu relacionamento comercial com a **CONTRATANTE** ou qualquer Afiliada da **CONTRATANTE**, a qualquer terceira parte, exceto como exigido pela Lei aplicável, sem o consentimento prévio por escrito da **CONTRATANTE** ou de suas Afiliadas. A **CONTRATADA** concorda que, sem consentimento prévio por escrito da **CONTRATANTE** ou suas Afiliadas, como aplicável, não (a) utilizará em propagandas, comunicados ou de outra forma, o nome, nome comercial, o logotipo da marca comercial ou simulação destes, da **CONTRATANTE** ou de suas Afiliadas ou o nome de qualquer executivo ou colaborador da **CONTRATANTE** ou de suas Afiliadas ou (b) declarará, direta ou indiretamente, que qualquer produto ou serviço fornecido pela **CONTRATADA** foi aprovado ou endossado pela **CONTRATANTE** ou suas Afiliadas. Entende-se por afiliada qualquer empresa controlada por, controladora de ou sob controle comum à **CONTRATANTE.**

7.6. - A **CONTRATADA**, por si e por seus colaboradores, obriga-se a atuar no presente Contrato em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018, em especial com relação a todo e qualquer dado pessoal ou informação sensível de pacientes da **CONTRATANTE**. A **CONTRATADA** obriga-se a comunicar por escrito a **CONTRATANTE** sobre qualquer infração à referida legislação, inclusive sobre o vazamento de dados.

7.7. – Esta obrigação subsistirá por tempo indeterminado, desde a assinatura do presente instrumento e após o seu encerramento por qualquer motivo.

CLÁUSULA VIII – DURAÇÃO E RESCISÃO

8.1. - O presente Contrato entrará em vigor na data de sua assinatura pelo prazo definido no **ITEM C do QUADRO RESUMO**, podendo, porém, ser prorrogado mediante a assinatura de um Termo de Aditamento previamente aprovado pela **CONTRATANTE**.

8.2. - O presente Contrato poderá ser encerrado, nas seguintes hipóteses:

002464

a) por mútuo acordo, mediante assinatura de termo de encerramento correspondente; ou

b) por conveniência, pela **CONTRATANTE,** sem aviso prévio, de qualquer forma escrita à **CONTRATADA**, sem que seja devido o pagamento de quaisquer multas e/ou indenizações de qualquer espécie; ou

c) por conveniência, pela **CONTRATADA,** por aviso prévio, de qualquer forma escrita à **CONTRATANTE**, com antecedência de 30 (trinta) dias, sem que seja devido o pagamento de quaisquer multas e/ou indenizações de qualquer espécie. A **CONTRATANTE** confirma que mesmo tendo como atividade fim serviço essencial à saúde, a cláusula de rescisão para o cargo estipulado neste contrato pode ser exercida pela **CONTRATADA** a qualquer momento sem que seja devido o pagamento de quaisquer multas e/ou indenizações de qualquer espécie e/ou punições da **CONTRATADA**.

8.3. - A **CONTRATANTE** poderá rescindir o presente Contrato mediante simples comunicação escrita nos seguintes casos:

a) Inadimplemento ou o cumprimento irregular de qualquer cláusula contratual, por parte da **CONTRATADA**;

b) Pedido de falência ou de recuperação judicial da **CONTRATADA**;

c) Imperícia, atraso, negligência, imprudência, dolo, má-fé ou desidia da **CONTRATADA**, na execução do Contrato;

e) Caso as multas aplicadas à **CONTRATADA** superem 20% (vinte por cento) do valor total do Contrato; ou

f) Por ordem da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

8.4. - Na hipótese de rescisão contratual motivada por culpa ou dolo da **CONTRATADA** na prestação dos Serviços ora contratados, deverá esta, após devidamente notificada, encerrar imediatamente suas atividades e pagar multa equivalente a 5% (cinco por cento) do valor total do Contrato, sem prejuízo de cobrança de indenização por perdas e danos que eventualmente vier a causar à **CONTRATANTE**.

8.5. – Em qualquer uma das hipóteses de encerramento contratual será devido à **CONTRATADA** o pagamento da contraprestação proporcional aos dias em que forem efetivamente prestados os Serviços contratados.

8.6. – A **CONTRATADA** tem pleno conhecimento de que foi contratada para prestar os Serviços objeto deste Contrato ao **CONTRATANTE**, uma vez que este é o responsável pelo gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde constantes no Contrato de Gestão firmado com o Estado , por intermédio de sua Secretaria de Estado de Saúde, razão pela qual concorda, desde já, que caso o ente

002465

público intervenha, rescinda ou encerre, por qualquer modo ou razão, o referido contrato, o presente instrumento restará automaticamente rescindido, não fazendo a **CONTRATADA** jus a qualquer tipo de indenização, qualquer que seja sua natureza, renunciando expressamente ao direito de pleitear quaisquer valores indenizatórios, em qualquer tempo ou jurisdição, junto ao **CONTRATANTE.**

CLÁUSULA IX – DAS PENALIDADES POR DESCUMPRIMENTO LEGAL E CONTRATUAL

9.1. - Sem prejuízo do direito da **CONTRATANTE** de rescindir o Contrato, a ineficiência na prestação dos Serviços ora contratados, como também o descumprimento da legislação e/ou das obrigações e demais disposições assumidas pela **CONTRATADA** no presente Contrato e em seu anexo, ensejará a imediata obrigatoriedade desta em, dependendo de cada caso, refazer os Serviços de acordo com os padrões de qualidade aplicáveis e atender as disposições e obrigações contratuais previstas, sendo facultado à **CONTRATANTE**:

a) reter imediata e integralmente o pagamento da contraprestação prevista na Cláusula V deste instrumento até que a(s) pendência(s) seja(m) devida e satisfatoriamente regularizada(s); e

b) aplicar multa prevista no **ITEM F.1 do QUADRO RESUMO**.

9.2. – Em caso de atraso na prestação dos Serviços será devida pela **CONTRATADA** multa prevista no **ITEM F.2 do QUADRO RESUMO.**

9.3. – O valor de qualsquer penalidades ou indenizações cobradas da **CONTRATADA** por força deste Contrato poderá, a critério da **CONTRATANTE**, ser descontado na fatura do próximo mês. Caso não haja saldo contratual suficiente para pagamento da multa, a mesma poderá ser descontada dos pagamentos devidos à **CONTRATADA** por força de outros Contratos ou obrigações existentes entre as Partes ou cobrada judicial ou extrajudicialmente pela **CONTRATANTE**.

9.4. – As penalidades estabelecidas neste Contrato, tem caráter não compensatório, não isentando a **CONTRATADA** do cumprimento de quaisquer de suas obrigações previstas neste Contrato, especialmente a de prestar os Serviços em atraso, bem como da obrigação de indenizar integralmente a **CONTRATANTE** pelos danos decorrentes do atraso, e não prejudica o direito da **CONTRATANTE** de, a seu critério, dar por rescindido o presente Contrato.

CLÁUSULA X – ANTICORRUPÇÃO E ÉTICA NOS NEGÓCIOS

10.1. - A **CONTRATADA** declara estar em conformidade com todas as leis, normas, regulamentos e requisitos vigentes, relacionados com o presente contrato. Assim, compromete-se a cumprir rigorosamente e de boa fé a legislação aplicável aos serviços que deve executar nos termos deste Contrato.

10.2. - Em virtude deste Contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, conceder ou comprometer-se a ceder a ninguém, ou receber ou concordar em aceitar de qualquer pessoa, qualquer pagamento,

002467

doação, compensação, benefícios ou vantagens financeiras ou não financeiras de qualquer espécie que configurem uma prática ilegal ou corrupção, por conta própria ou de terceiros, direta ou indiretamente, devendo-se assegurar o cumprimento desta obrigação por parte de seus representantes e colaboradores.

10.3. - As partes declaram e garantem categoricamente durante toda a vigência do presente Contrato, inclusive no que tange aos seus colaboradores e parceiros utilizados na execução dos serviços a serem prestados, a ausência de situações que constituam ou possam constituir um conflito de interesses em relação às atividades e serviços que devem ser realizados de acordo com este documento legal. Da mesma forma, as partes comprometem-se a adotar, durante toda a validade do Contrato, uma conduta apropriada para evitar o surgimento de qualquer situação que possa gerar um conflito de interesses. No caso de haver qualquer situação suscetível a levar a um conflito de interesses, as partes comprometem-se a informar imediatamente por escrito a outra parte e a ater-se nas indicações que podem porventura ser assinaladas a esse respeito. O não cumprimento pelas partes das obrigações assumidas sob esta cláusula, facultará a outra Parte a possibilidade de rescindir o Contrato imediatamente, sem prejuízo das demais ações e direitos que possam ser exercidos de acordo com a lei.

10.4. - As partes declaram e garantem que cumprem e cumprirão, durante todo o prazo de vigência do presente Contrato, todas as leis de anticorrupção, federais, estaduais e locais, decretos, códigos, regulamentações, regras, políticas e procedimentos de qualquer governo ou outra autoridade competente, em especial os preceitos decorrentes da Lei nº 12.846/13 ("Lei de Anticorrupção Brasileira"), abstendo-se de praticar qualquer ato de corrupção ("Atos de Corrupção") e/ou qualquer ato que seja lesivo à administração pública, nacional ou estrangeira, que atente contra o patrimônio público nacional ou estrangeiro, contra princípios da administração pública ou contra os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil.

10.5. - Na hipótese de qualquer das partes violar qualquer disposição prevista nesta cláusula e/ou qualquer obrigação legal prevista na legislação, operar-se-á a rescisão motivada, com aplicação das penalidades e indenizações por perdas e danos cabíveis.

10.6. – A **CONTRATADA** declara que não contrata, direta ou indiretamente, mão de obra infantil (salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos), escrava, em condições análogas à escravidão, ou em condições sub-humanas, devendo garantir a seus empregados e contratados remuneração compatível com o piso salarial da categoria, jornadas e condições de trabalho conforme legislação em vigor.

CLÁUSULA XI – CESSÃO E SUBCONTRATAÇÃO

11.1. - As partes não poderão ceder, transferir ou, de qualquer modo, alienar direitos e obrigações decorrentes do presente Contrato, sem um acordo prévio e expresso uma da outra.

11.2. - A **CONTRATADA** obriga-se a utilizar para a execução do presente Contrato apenas empregados por ele direta e regularmente registrados em regime CLT, sendo que a subcontratação ou utilização de outras empresas ou pessoas jurídicas na execução das atividades decorrentes do Contrato apenas

002469

002470

será admitida mediante prévia e expressa anuência da **CONTRATANTE** caso a caso, mantida a total responsabilidade da **CONTRATADA** em relação aos Serviços subcontratados, nos termos do presente Contrato, e sem que isto importe em qualquer adicional de custo e responsabilidade para a **CONTRATANTE**.

11.3. - A responsabilidade da **CONTRATADA** pela parcela dos Serviços executados por seus subcontratados é integral, abrangendo inclusive as obrigações por acidentes gerais e do trabalho e os encargos e deveres de natureza trabalhista, previdenciária e tributária.

11.4. - Nenhuma cláusula contida nos contratos entre a **CONTRATADA** e seus subcontratados se constituirá em vínculo contratual entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA** ou entre a **CONTRATANTE** e os subcontratados da **CONTRATADA**. Os contatos da **CONTRATANTE**, comunicações e entendimentos, relativos ao objeto deste Contrato, serão sempre levados a efeito entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**, cabendo a esta retransmitir, quando necessário, ordens e/ou instruções aos seus subcontratados.

CLÁUSULA XII – DA SUPERVISÃO E INSPEÇÃO

12.1. - A **CONTRATANTE** exercerá a qualquer tempo, ampla fiscalização em todas as frentes de Serviços, podendo qualquer pessoa autorizada por ela, ter livre acesso ao local em que estão sendo executados, podendo sustar os trabalhos sem prévio aviso, sempre que justificadamente considerar a medida necessária, bem como, acompanhar a realização de medições e ensaios no campo de quaisquer materiais, equipamentos ou serviços.

12.2. - A ação de fiscalização e controle não diminui ou atenua a responsabilidade das **CONTRATADA** quanto à perfeita execução dos Serviços. A **CONTRATADA** não poderá acrescentar aos prazos de execução dos serviços, o tempo para fiscalização e inspeção.

12.3. - Em caso de ocorrência de falhas reiteradas comprovadas na execução dos Serviços, se aplicável, a **CONTRATANTE** poderá exigir a contratação de pessoal especializado ou a obtenção de equipamentos especiais para perfeita execução dos mesmos. Os custos relativos à contratação de pessoal especializado ou a obtenção de equipamentos especiais serão pagos pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA XIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. - O presente instrumento e seu anexo, como também eventuais aditamentos, consubstanciam toda a relação contratual, ficando sem validade e eficácia quaisquer outros documentos aqui não mencionados e já assinados, correspondências já trocadas, bem como quaisquer compromissos e/ou acordos pretéritos, presentes e/ou futuros, os quais não obrigarão as partes, sendo considerados inexistentes para os fins deste Contrato caso não seja observada a formalidade contida no item a seguir.

002472

13.2. - Quaisquer alterações a este Contrato somente terão validade e eficácia se forem devidamente formalizadas através de aditamento contratual firmado pelos representantes legais das partes.

13.3. - Se qualquer uma das disposições do presente Contrato for ou vier a tornar-se nula ou revelar-se omissa, inválida ou ineficaz não afetará ou prejudicará as cláusulas remanescentes, que continuarão com vigência, validade e eficácia plenas. Na ocorrência desta hipótese, as partes farão todos os esforços possíveis para substituir a cláusula tida como nula, omissa, inválida ou ineficaz por outra, sem vícios, a fim de que produza os mesmos efeitos jurídicos, econômicos e financeiros que a cláusula original produziria, ou, caso isso não seja possível, para que produza os efeitos mais próximos possíveis daqueles inicialmente vislumbrados.

13.4. - O não exercício dos direitos previstos no presente Contrato, em especial no tocante à rescisão contratual e obtenção da reparação de danos eventualmente causados, bem como a tolerância, de uma parte com a outra, quanto ao descumprimento de qualquer uma das obrigações assumidas neste instrumento ou em seu anexo, serão considerados atos de mera liberalidade, não resultando em modificação, novação ou renúncia das disposições contratuais ora estabelecidas, podendo as partes exercer, a qualquer tempo, seus direitos.

13.5. - Em hipótese alguma o silêncio das partes será interpretado como consentimento tácito.

13.6. - Declaram as partes que toda e qualquer notificação, se necessário, poderá ser enviada e recebida eletronicamente aos contatos mencionados no **ITEM G do QUADRO RESUMO**:

13.7. - O presente instrumento e seu anexo obrigam não só as partes, como também seus eventuais sucessores a qualquer título.

13.8. - Tendo em vista o caráter do presente Contrato – prestação de Serviços – a **CONTRATADA** declara ser contribuinte do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), sendo portadora do Cadastro de Contribuinte Mobiliário – CCM.

13.9. - O presente instrumento não estabelece entre as partes nenhuma forma de sociedade, agência, associação, consórcio, ou responsabilidade solidária.

13.10. - Para a prestação dos Serviços objeto do presente contrato, a **CONTRATADA** declara que se acha devidamente habilitada e registrada nos órgãos competentes quando legalmente requerido.

CLÁUSULA XIV – FORO

14.1. - Fica eleito, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que o seja, o foro de São Paulo, Estado de São Paulo, para dirimir quaisquer controvérsias resultantes da interpretação e/ou execução do presente Contrato.

E, por estarem justas e contratadas, firmam as Partes e 02 (duas) testemunhas o presente Contrato para que produza os efeitos jurídicos desejados, reconhecendo a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conformedisposto pelo Art. 10 da Medida Provisória nº 2.200/2001 em vigor no Brasil. Sendo certo que na (i) na hipótese de assinatura

eletrônica deste Contrato, ele produzirá efeitos a partir da abaixo mencionada, independentemente da data em que for assinado pelas Partes; e (ii) na hipótese de assinatura na forma física, o Contrato deverá ser entregue em 02 (duas) vias em igual teor e valor.

São Paulo, 01º de fevereiro de 2023.

CONTRATANTE: IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

CONTRATADA: LUCIANO DIAS AZEVEDO LTDA.
Luciano Dias Azevedo

Testemunhas:

1) _____
Nome:
C.P.F:

2)_____
Nome:
C.P.F.:

002476

ANEXO I – DESCRITIVO DE ATIVIDADES

002477

002478

Os serviços objeto do Contrato compreendem e englobam as seguintes atividades:

1. Assessorar a Direção Geral em assuntos médicos;

2. Responsabilizar-se pelo exercício ético da Medicina perante o Conselho de Classe e todos os órgãos públicos e privados sobre os assuntos inerentes às atividades de Direção Técnica;

3. Cumprir o previsto na legislação publicada pelos órgãos fiscalizadores, Ministério da Saúde e Conselhos de Classe, **especialmente no que se refere à Portaria 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;

4. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, por parte das equipes médicas;

5. Manter perfeito relacionamento com os membros do Corpo Clínico da Unidade de Saúde gerida;

6. Promover reuniões periódicas com as Coordenações Médicas, registrando em atas essas reuniões;

7. Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da Unidade de Saúde;

8. Promover a implantação de "Protocolos Clínicos" visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da Unidade de Saúde, propiciando a padronização e a sistematização das condutas, minimizando a variabilidade dos processos assistenciais e a solicitação de exames e procedimentos desnecessários;

9. Cobrar das equipes médicas a utilização dos protocolos implantados;

10. Representar o **CONTRATANTE** em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor;

11. Estar presente no hospital presencial ou remotamente durante, no mínimo, 30 (trinta) horas semanais, de segunda a segunda.

12. Participar e dar instruções em todos os meios de comunicação criados para tal fim (lista de telefones/plano de chamadas, grupos de WhatsApp, e-mails etc.) para otimizar a prestação dos serviços assistenciais.

13. Comparecer em todas as reuniões das Comissões Obrigatórias instituídas em que fizer parte e acompanhar os acontecimentos das demais;

002479

002480

14. Reunir-se, sempre que necessário, com o Faturamento para responder a questionamentos acerca da qualidade da documentação produzida pelo Corpo Clínico da Unidade de Saúde, com objetivo de coibir possíveis erros e glosas de faturamento;

15. Avaliar periodicamente os indicadores hospitalares instituídos e emitir parecer sintético sobre a evolução deles, adotando todas as medidas necessárias e responsabilizando-se pelo cumprimento das metas do contrato de gestão;

16. Manter contato constante com o Diretor Geral para fins de prestar informações sobre a assistência prestada na unidade;

17. Encaminhar ao Conselho de Medicina da jurisdição em que atua, documentação comprobatória do atendimento a que se refere a Resolução CFM nº 1.481/1.997, que determina que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes gerais para a elaboração dos Regimentos Internos da Unidade;

18. Observar o cumprimento e cumprir as diretrizes da Resolução do CFM nº 2.147/2016; e

19. Fiscalizar as escalas de trabalho das equipes médicas, zelando para que não existam lacunas durante o período de funcionamento. Em caso de ausência de profissional o DT deve tomar providências para solucionar o caso; e

20. Avaliar e emitir relatório sobre os pedidos de modificações do quadro de profissionais médicos da unidade de saúde.

UNICAMP

Universidade Estadual de Campinas

O Reitor da Universidade Estadual de Campinas, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina, reconhecido pelo Decreto Federal n.º 66465 de 20 de abril de 1970, ratificado pela Portaria MEC n.º 1790 de 22 de dezembro de 1993 e a Colação de Grau, realizada em 15 de dezembro de 2001, confere o título de

Médico a

Luciano Dias Azevedo

brasileiro, natural do Estado de São Paulo, nascido a 20 de junho de 1976, RG 20.898.869-5-SP

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Cidade Universitária "Zeferino Vaz", 15 de dezembro de 2001

Antonio Roggiani
Diretor Acadêmico

Angelo Luiz Cortelazzo
Pró-Reitor de Graduação

Diplomado

Hermano Tavares
Reitor

002483

002484

lho Regional de Medicina
Estado do Pará
RA REGISTRADO à fls. 261
Dr(a) ... recebida com
... de Setembro
... AM nº 46214
... de ...
ASSINATURA
Dr. Alvaro Luiz S. Pinto
Presidente

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DO PARÁ
Inscrito à Fls. 268 do Livro 19
sob o Nº 8960 em 20 de
Dezembro 2007
Belém, 20 / 12 / 2007
José Antonio Picanço
Presidente

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Diploma registrado sob nº 323779
Processo nº 492/01
Artigo 48 da Lei 9394/96
SP/DD 13 / 12 / 2001
SONIA MARIA TUBERTI MACHADO
Diretora Técnica de Serviço II
PAULO SOLLER
Diretor Geral

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DE SÃO PAULO
REGISTRO DE DIPLOMA
Nº 104119
13 12 2001

002485

002487

Scanned with CamScanner

Universidade Estadual de Campinas

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Programa Credenciado pela CNRM/MEC - Parecer n.º 54/98 de 22/11/1998

UNICAMP

Certificado

certificamos que o Doutor

LUCIANO DIAS AZEVEDO

CRM 104.119, SP, CPF 195.762.028-50, concluiu Residência Médica na especialidade de Anestesiologia, cursada no período de 01-02-2003 a 01-02-2006, a quem conferimos o título de Especialista, de acordo com a Lei 6.932, publicada no Diário Oficial em 09/07/81.

Campinas, 01 de março de 2006

Profa. Dra. Lilian Teresa Lemes Costallat
Diretora

Profa. Dra. Gilsiná Maria B. Pabino
Coordenadora de Programa

002489

002490

TE CERTIFICADO FOI REGISTRADO NA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM/SESu/MEC)

EM 08/03/2006

Nº DO REGISTRO 2078-1

Profa. Dra. Lilian Tereza Lacerda Costalat
Diretora da Faculdade de Ciências Médicas
FCM/UNICAMP



002491

ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CERTIFICADO

Conferimos a **Luciano Dias Azevedo**, **RG. 26.896.889-5**, o presente certificado de conclusão do curso de Pós-Graduação *lato sensu* em:

MBA Executivo em Gestão de Saúde

na área de conhecimento em Ciências Sociais Aplicadas, promovido pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial MEC/SERES nº 1 de 06/01/2012 e D.O.U de 09/01/2012, realizado no período de 01/05/2019 a 31/12/2020, compreendendo 620 horas.

São Paulo, 11 de outubro de 2021.

Felipe de Freitas Mendonça Marques
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

Pós-Graduado(a)

João Paulo Bittencourt
Coordenador de MBA e Programas de Gestão

002493

002494

002495

Pós-Graduação *lato sensu*

HISTÓRICO ESCOLAR 2019-50

Disciplina	Corpo Docente		Carga Horária	Nota da
	Professor	Titulação	h/a	Disciplina
Finanças Corporativas, Gestão de Custos e Desempenho Empresarial	Rodolfo Leandro de Faria Olivo	Doutor	64	7,5
Gestão Empresarial e Planejamento Estratégico	Alan Nader Ackel Ghani	Doutor	52	8,7
Gestão Estratégia de Pessoas e Liderança	Izabela Mioto	Mestra	60	8,5
Gestão Hospitalar	Claudia Regina Laselva	Mestra	60	9,0
Gestão de Marketing, Inovação e Empreendedorismo	Luis Fernando de Ascenção Guedes	Doutor	64	9,7
Gestão de Operações em Saúde	Miguel Cendoroglo Neto	Doutor	56	10,0
Gestão em Sistemas de Saúde e Epidemiologia	Claudio Luiz Lottenberg	Doutor	60	9,4
Métodos Aplicados	Leandro José Monlhas	Doutor	32	10,0
Negociação e Simulação Empresarial	Auro Key Honda	Mestre	48	10,0
Panorama do Mercado de saúde no Brasil e no Mundo: Presente e Futuro	Eliezer Silva	Doutor	48	8,4
Trabalho de Conclusão de Curso	Flávia Angeli Ghisi Nielsen	Doutora	60	8,0
Workshops de Imersão	João Paulo Bittencourt	Doutor	16	10,0
Carga horária total em hora/aula	----------	----------	**620**	----------

Monografia: "AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE GESTÃO FUNDAMENTAIS PARA ABERTURA EMERGENCIAL DE UM HOSPITAL EXCLUSIVO PARA ATENDIMENTOS DE PACIENTES COM COVID-19", aprovada com nota 8,0

OBSERVAÇÃO: Este curso cumpre as exigências regulamentares da Resolução nº 1 de 6 de abril de 2018 do Conselho Nacional de Educação.

São Paulo, 11 de outubro de 2021.

CERTIFICADO registrado sob o nº 21189/21
Fl. 80 do livro RC 06
Em 05 de novembro de 2021.

ITI
Instituto Nacional de Tecnologia da Informação

Relatório de conformidade

Nome: Validador de assinaturas eletrônicas

Data de Validação: 09/10/2024 12:25:03 BRT

Versão do software(Verificador de Conformidade): 2.17

Versão do software(Validador de Documentos): 3.0.0rc12

Fonte de verificação: Offline

Nome do arquivo: 003-23_LUCIANO_AZEVEDO_LTDA (DIR_TEC).pdf

Resumo da SHA256 do arquivo:

01f32cfd9e5225f9f988df1ff35a21a796f43bd63cd41e4a5e4a18111d93a081

Tipo do arquivo: PDF

Quantidade de assinaturas: 2

Quantidade de assinaturas ancoradas: 2

CN=LUCIANO DIAS AZEVEDO:***762028**,
OU=Certificado PF A3, OU=Presencial,
OU=30572319000152, OU=AC SOLUTI Multipla v5,
O=ICP-Brasil, C=BR

Informações da assinatura

Assinante: CN=LUCIANO DIAS AZEVEDO:***762028**, OU=Certificado PF A3, OU=Presencial, OU=30572319000152, OU=AC SOLUTI Multipla v5, O=ICP-Brasil, C=BR

CPF: ***.762.028-**

002497

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: Correto

Data da assinatura: 15/02/2023 19:54:59 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de alerta: Nenhuma mensagem de alerta

Certificados utilizados

CN=LUCIANO DIAS AZEVEDO:19576202850, OU=Certificado PF A3, OU=Presencial, OU=30572319000152, OU=AC SOLUTI Multipla v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC SOLUTI Multipla v5, OU=AC SOLUTI v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 11/06/2021 13:24:00 BRT

Aprovado até: 11/06/2026 13:24:00 BRT

Expirado (LCR): false

002500

CN=AC SOLUTI Multipla v5, OU=AC SOLUTI v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC SOLUTI v5, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 05/02/2019 12:34:56 BRST

Aprovado até: 02/03/2029 08:58:59 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC SOLUTI v5, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 29/06/2018 15:55:20 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 09:00:20 BRT

002501

902502

Expirado (LCR): false

CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 02/03/2016 10:01:38 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 20:59:38 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

002503

002504

Nome do atributo: RevocationInfoArchival

Corretude: Valid

CN=ALEXANDRE KOSLOVSKY SOARES:***913258**, OU=62500855000139, OU=Presencial, OU=AR AASP, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A3, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Informações da assinatura

Assinante: CN=ALEXANDRE KOSLOVSKY SOARES:***913258**, OU=62500855000139, OU=Presencial, OU=AR AASP, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A3, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

CPF: ***.913.258-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Indeterminada

Caminho de certificação: Expired

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: Correto

Data da assinatura: 15/02/2023 19:57:10 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de alerta: Nenhuma mensagem de alerta

Certificados utilizados

CN=ALEXANDRE KOSLOVSKY SOARES:25991325847, OU=62500855000139, OU=Presencial, OU=AR AASP, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A3, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC VALID RFB v5, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 25/05/2021 11:41:01 BRT

Aprovado até: 25/05/2024 11:41:01 BRT

Expirado (LCR): true

CN=AC VALID RFB v5, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 05/05/2017 15:06:38 BRT

Aprovado até: 20/02/2029 15:06:38 BRT

002507

Expirado (LCR): false

CN=AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 20/07/2016 10:32:04 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 09:00:04 BRT

Expirado (LCR): false

CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 02/03/2016 10:01:38 BRT

002509

002510

Aprovado até: 02/03/2029 20:59:38 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: RevocationInfoArchival

Corretude: Valid

002512



VÂNIA LÚCIA GOMES PIRES FERNANDES

002513

002514

002515

CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Administração
Conselho Regional de Administração

GO/TO Nº 7844 07.11.2005 1ª VIA

VÂNIA LÚCIA GOMES PIRES FERNANDES

Brasileira Ipameri – GO.

I 530.681 - SSP/DF. 624.474.321-00 03.11.1974

Udival Gomes Pires
Irene de Fátima Silva

UNIÃO EDUCACIONAL DE BRASÍLIA

271 Brasília-DF. 16.12.1997

ADMINISTRADOR habilitado na forma da alínea "A" do Art. 2º da Lei nº 4.769 de 09/09/65.

GOIÂNIA, 15 DE NOVEMBRO DE 2005. ADM. SAMUEL ALBERNAZ

TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO

SP 18 JUN 2014

ALEXANDRE DA SILVA ESCREVENTE AUTORIZADO

124628 AUTENTICAÇÃO

AU1021A50687407



002516

002517

Faculdade Isaac Newton

Av. Dom João VI, 144 - Brotas
Salvador-Bahia
Reconhecido pela Portaria Normativa nº. 40, de 12/12/2007 publicada no DOU 13/12/2007

FACINE
FACULDADE ISAAC NEWTON

CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

CERTIFICADO DE ESPECIALIZAÇÃO

Certificamos que **VÂNIA LÚCIA GOMES PIRES FERNANDES,** RG Nº 1.530.681 SSP/DF, matriculada no Centro de Pesquisa e Pós-Graduação, concluiu o Curso de Especialização na área de concentração de **AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE** ministrado pela Faculdade Isaac Newton com carga horária de 440 horas de atividades, de acordo com a Resolução Nº 01/2007 C.N.E. de 08/06/2007, conforme quadro demonstrativo no verso, obtendo o conceito **7,8.**

Salvador-BA, 11 de julho de 2011.

André Luis de Ambrosio Pinto
Diretor Geral

Ana Paula Papa
Coordenador Geral

Vânia Lúcia Gomes Pires Fernandes
Concluinte

TABELIÃO DE NOTAS
SÃO PAULO
S.P. 08 OUT. 2024
RAFAELA SOUZA GOMES DA SILVA
ESCREVENTE AUTORIZADA
124626 AUTENTICAÇÃO
AU1027A80688920

CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO	C.P.P	ÁREA: Saúde

HISTORICO ESCOLAR

TITULO DO CURSO	DE	A	CARGA HORARIA	Nº CRED.
Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde	30/05/2009	12/12/2010	440 horas	----

DISCIPLINAS	C.H.	FREQ	APROV	CORPO DOCENTE	TITULAÇÃO
Sistema de Saúde	25h	100%	8,0	Luciane Zappelini	Mestre
Organizações e suas Atribuições	25h	100%	9,5	Paulo Sabino	Mestre
Metodologia Científica	25h	100%	9,5	Cecílio Francisco das Neves Pinto	Doutor
Fundamentos da Administração e Legislação Hospitalar	25h	100%	9,7	Umberto Travaglia	Mestre
Planejamento Estratégico na Saúde I – Recursos Humanos	25h	100%	8,0	Leila Rezende	Mestre
Planejamento Estratégico na Saúde II – Recursos Materiais	25h	100%	10,0	Silmara Almeida	Especialista
Planejamento Estratégico na Saúde III – Marketing	25h	100%	8,0	Gustavo Jangola	Mestre
Gestão em Saúde	25h	100%	9,5	Juliana Patrícia Ferraz de Souza Guedes	Mestre
Gestão em Saúde Pública	25h	100%	7,0	Juliana Patrícia Ferraz de Souza Guedes	Mestre
Sistema de Informação na Administração Hospitalar	25h	100%	8,5	Carla Pintas	Mestre
Auditoria no Sistema de Saúde I – responsabilidades Civil, Penal e Ética.	25h	100%	7,0	Luiz Gustavo Visentin	Especialista
Auditoria no Sistema de Saúde II – Aspectos Práticos	25h	100%	9,0	Ricardo Passos	Especialista
Auditoria em Setores Específicos: Odontologia/Enfermagem/Farmácia	25h	100%	9,0	Ricardo Passos	Especialista
Docência Superior I	30h	100%	9,0	Roney George Fraga da Silva	Especialista
Docência Superior II	30h	100%	10,0	Roney George Fraga da Silva	Especialista
Custos na Saúde	15h	100%	8,5	César Almeida	Mestre
Monografia	30h	100%	7,8	Juliana Patrícia Ferraz de Souza Guedes	Mestre
Bioestatística	10h	100%	8,0	Leonel Leonardo Delgado Morales	Mestre

MONOGRAFIA: Acreditação Hospitalar – Fases de Implantação.

CONCEITO 7,8

OBSERVAÇÕES

Curso de Especialização em parceria com o **IBEP – Instituto Brasil Extensão e Pós Graduação** – Brasília – DF, através de Convênio Técnico, Científico e Pedagógico nº 01.09/2011.

Registrado no livro de expedição de Certificados do Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sob o nº 13 Pg. 01.

Salvador-BA, 11 de julho de 2011

Coordenador(a) Geral

Secretário

AU1027AB0680921

TABELIÃO DE NOTAS

0025215

0025218

UNIÃO EDUCACIONAL DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - ICSA

D I P L O M A

O Diretor do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração *em* 09 de julho de 1997 *confere o título de Bacharel a*

Vânia Lúcia Gomes Pirea

nascido(a) a 03 de novembro de 1974 *de nacionalidade* brasileira *identidade nº* [illegible] *e outorga-lhe o presente Diploma, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.*

Brasília, 29 de agosto de 1997

Secretário

Diplomado

Diretor

AU10827AS0089814

0025519

0002520

Curso de ADMINISTRAÇÃO
Reconhecido pela Portaria MEC
n.º 1.205/92 DOU 14.08.92

Layce de C. M. Gomes
Diretora do ICSA / ICEX

Maria Madeiros de O. Augusto
Secretária Geral ICSA/ICEX

APOSTILA
UNEB/ICSA

O diplomado concluiu no ICSA a Habilitação em ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR.

Brasília, 12 de 9/97

DIRETOR

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Diploma registrado por delegação do Ministério da Educação nos termos da Portaria 564/74 e DAU 71/77.

Registro n.º 871
Livro n.º 04-UNEB Folha n.º 060
Processo n.º 3143/97
Data de Registro 16/12/97

Geraldo Silva Rocha Filho
Diretor da Administração Acadêmica
UnB/DAA

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO
GOIÁS E TOCANTINS

Diploma Registrado, nos termos do Regulamento da Lei 4.769/65, Resolução CFA Nº. 139/86 e 177/96.

Sob o Nº. 7844 Proc. 1461/2002
Livro 027 fls 030 em 29/11/2002
Goiânia, 29 de NOVEMBRO de 2002

Adm. Carlos Alberto Ferreira
Diretor

TABELIÃO DE NOTAS
SÃO PAULO
Reconheço a(s) firma(s) de: [illegible]
SÃO PAULO, 05 SET. 2014
EM TESTEMUNHO DA VERDADE
[illegible]
SELO DE AUTENTICIDADE

VERBO

HISTÓRICO

Histórico Escolar de Bruna de Paula Munsim, CPF: 993.156.291-91, curso de Especialização em Gestão Hospitalar, oferecido pela Faculdade Verbo Educacional, no período de 10/04/2022 a 14/03/2023, com carga horária de 360 horas.

Disciplina	C.H	Nota	Freq.	Estado	Ministrante	Titulação
BIOÉTICA E BIOÉTICA	30	A	100	APR	Thais Mariellen de Sousa Vaz Ribeconoka	Mestre
BUSINESS GAME	30	A	100	APR	Alexandre de Melo Abicht	Mestre
COMUNICAÇÃO EMPRESARIAL	30	A	100	APR	Daniela Rodrigues Cunha Retamal	Doutora
DIDÁTICA DO ENSINO SUPERIOR	30	A	100	APR	Gisele Rebolho Almeida	Mestre
ETICA E RESPONSABILIDADE SOCIAL DAS ORGANIZAÇÕES	30	A	100	APR	Elaine de Andrade Dutraão	Mestre
GERENCIAMENTO DE RISCOS EM SAÚDE	30	A	100	APR	Fabiano Jardim Araújo	Mestre
GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR	30	A	100	APR	Fabiano Jardim Araújo	Mestre
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	30	A	100	APR	Mariana Azevedo Webster	Mestre
GESTÃO E LOGÍSTICA HOSPITALAR	30	A	100	APR	Sérgio Almeida Migowski	Mestre
GESTÃO ORGANIZACIONAL	30	A	100	APR	Valesca Persch Reichelt	Doutora
PLANEJAMENTO ORGANIZACIONAL	30	A	100	APR	Fábio Luis da Silva Maia	Mestre
SAUDE PRIVADA	15	A	100	APR	Luciane Eloisa Brandi Benazzi	Mestre
SAUDE PUBLICA	15	A	100	APR	Luciane Eloisa Brandi Benazzi	Mestre

APR: Aprovado CUR:Cursando DEP:Dependência

DES: Desistente ND: Não Concluiu RFR: Reprovado por frequência

RMD: Reprovado por média

Observações

O aluno é considerado aprovado na disciplina quando obtiver nota igual ou superior a 7,0.

A frequência necessária para aprovação corresponde a um comparecimento igual ou superior a 75% das aulas. O aluno é considerado aprovado quando obtiver nota mínima a 7,0, ou frequência insuficiente. Para obter a aprovação ao curso, é necessária a aprovação em todas as disciplinas e a aprovação no trabalho de conclusão do curso. O curso obedece as disposições da legislação vigente: Resolução nº 01/2018 do 08/08/2018 do Câmara de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação, publicada no Diário Oficial da União em 09/08/2018.

Ato Legal: Portaria nº 910, de 17 de Agosto de 2018.

FACULDADE VERBO EDUCACIONAL

COORDENAÇÃO ACADÊMICA

REGISTRO DE CERTIFICADOS E ATESTADOS

REGISTRO Nº **13416** EXPEDIDO EM **15/05/2023**

PORTO ALEGRE (RS), **15/05/2023**

Claudia Danoski

Coordenadora Acadêmica

002521

EM BRANCO

DO TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO

EM BRANCO

DO TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO

Mostre ao seu novo empregador os perigos que existem no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser aproveitada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "amadorismo" e "curiosos" comprometam para o agravamento de sua lesão.

Se você não é alfabetizado, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, mesmo que seja leve.

As palavras não resolvem ninguém; para você viver os perigos.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e cabos.

Conheça sempre as regras de segurança da função onde vai trabalhar.

Converse e discuta os problemas prevalentes e acidentes pela empregada.

Leia e critica sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os sinais, palavras, gravuras e desenhos contidos são importantes ao cumprimento de suas tarefas.

Mostre sempre os perigos presentes nas máquinas nos serviços.

Para o trabalho quente você que acompanhe-se de botinas.

Mantenha-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados e em perfeito estado.

Evite o início do exercício de uma atividade sem antes ter certeza de que não existem em seu local de trabalho. Você pode ser vítima de sofrer um acidente.

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 41835 Série 000/3-DF



Tânia Maria Gomes Pires

ASSINATURA DO PORTADOR

TABELIÃ
SÃO

ALEXANDRE FONSECA
TABELIÃO
www.tabeliaosaoluis.com.br

124828
AUTENTICAÇÃO
AU1027AS0687308

002523

EM BRANCO

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: Vânia Cristina Gomes Pires

Loc. Nac.: Formosa Est. Goiás Data: 13.11.1974

Filiação: Ubiraci Gomes Pires e Maria de Fátima Silva

Ident.: 1530681 SSP/DF RG

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: — — Pro. Mod. nº:

Ult. em: Classe

Obs.:

Data Emissão: 09.10.24 DRT: Formosa - Goiás

Ag. Aut.: Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Data relação nomes, ass. civil e data anot.)

Nome:

Doc.:

Est. Civil:

Doc.:

Nacionalid.:

Doc.:

Est. Civil:

Doc.:

Nome:

Doc.:

Filiação:

Doc.:

ESPAÇO NÃO PREENCHIDO

TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO

SP 09.10.24

124628 AUTENTICAÇÃO

AU1027AS0687399

TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO

SP 09.10.24

124628 AUTENTICAÇÃO

AU1027AS0687400

002525

EM BRANCO

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 01.498.476/0001-67

Beneficência Camiliana

CC(CSS) [illegible]

Rua [illegible] Nº [illegible]

Município [illegible] UF [illegible]

Esp. do estabelecimento [illegible]

Cargo Encarregada do S.A.P.

CBO nº [illegible]

Data admissão 06 de [illegible] de 2023

Registro nº 01 Fls/Folha 150

Remuneração especificada [illegible]

[illegible]

Assinatura do Empregado

Diretor Administrativo

CPF 088.429.098-30

Data saída 11 de [illegible] de 20 23

Assinatura [illegible]

Ass. do empregador ou agente chanc.

1ª [illegible] 2ª [illegible]

Cons. Dispensa CD Nº [illegible]

1º TABELIÃO DE NOTAS
SÃO PAULO

AUTENTICAÇÃO

AU1027A00087401

002527

1º TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO
SEM BRANCO

002528

16 CONTRATO DE TRABALHO

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: IMED-INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO.

CGC/MF/CEI: 19.324.171/0006-09

ENDEREÇO: Avenida Ricardo, nº 1235, sala 1 Bairro Fortaleza
MUNICÍPIO: Fortaleza - UF: CE

Cargo: Gerente Administrativo
Data de admissão: 04/06/2020
Remuneração específica: R$ 7.646,35 (Sete mil e seiscentos e quarenta e seis reais e trinta e cinco centavos) por mês.

INSTITUTO IMED
19.324.171/0006-09

Ass. do empregador ou a rogo (Test.

1º _____ 2º _____

Data saída _____ de _____ de 19 ____

Ass. do empregador ou a rogo (Test.

1º _____ 2º _____

Com. Dispensa (Art. 482, TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO

17 CONTRATO DE TRABALHO

Empregador _____

CGC/MF _____

Rua _____ Nº _____

Município _____ Est. _____

Esp. do estabelecimento _____

Cargo _____

_____ CBO nº _____

Data admissão _____ de _____ de 19 ____

Registro nº _____ Folha/Cta. _____

Remuneração específica _____

ESPAÇO NÃO PREENCHIDO

Ass. do empregador ou a rogo (Test.

1º _____ 2º _____

Data saída _____ de _____ de 19 ____

Ass. do empregador ou a rogo (Test.

1º _____ 2º _____

Com. Dispensa (Art. 482, TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO

SP 03 OUT 2024

ALEXANDRE [illegible] SILVA
ESCREVENTE AUTORIZADO
Avenida Francisco [illegible]
CAIXA AUTENTICA

124628
AUTENTICAÇÃO
AU1027AS0687403

SP 03 OUT 2024

ALEXANDRE [illegible] SILVA
ESCREVENTE AUTORIZADO
Avenida Francisco [illegible]
CAIXA AUTENTICA

124628
AUTENTICAÇÃO
AU1027AS0687402

002529

9º TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO
EM BRANCO

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em 01/02/86 Para Cr$ 42.765,00
Na função de Diretora Administrativa
CBO 252105 por motivo de Promoção
Secretaria Municipal de Saúde
Assinatura do empregador
Sociedade Beneficente São Camilo

Aumentado em 01/03/87 Para Cr$ 131.220,00
Na função de Diretora Administrativa
CBO 252105 por motivo de Reajuste
Secretaria Municipal de Saúde
Assinatura do empregador
Sociedade Beneficente São Camilo

Aumentado em 01/03/88 Para Cr$ 15.036,86
Na função de Diretora Adm. Hospitalar
CBO 131205 por motivo de Promoção
Assinatura do empregador

Aumentado em ___/___/___ Para Cr$ _____
Na função de _____
CBO _____ por motivo de _____
Assinatura do empregador

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO 31

Aumentado em ___/___/___ Para Cr$ _____
Na função de _____
CBO _____ por motivo de _____
Assinatura do empregador

Aumentado em ___/___/___ Para Cr$ _____
Na função de _____
CBO _____ por motivo de _____
Assinatura do empregador

Aumentado em ___/___/___ Para Cr$ _____
Na função de _____
CBO _____ por motivo de _____
Assinatura do empregador

ESPAÇO NÃO PREENCHIDO

Aumentado em ___/___/___ Para Cr$ _____
Na função de _____
CBO _____ por motivo de _____
Assinatura do empregador

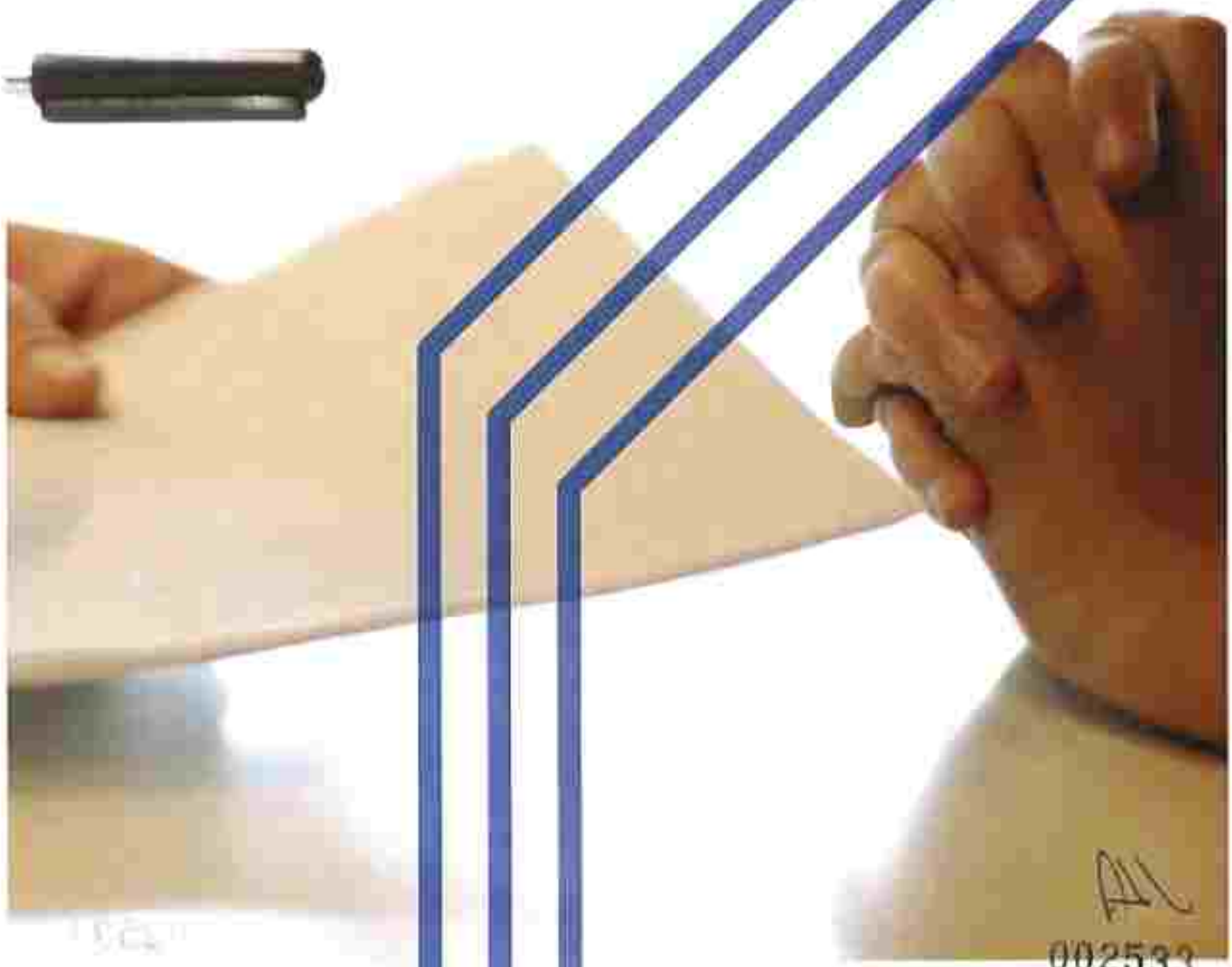
TABELIÃO DE NOTAS
SÃO PAULO
Autentico a presente cópia reprográfica, conferi com o original e dou fé.
SP 09 OUT 2024
ALEXANDRE DA SILVA
ESCREVENTE AUTORIZADO
124628
AUTENTICAÇÃO
AU1027AS0087404

TABELIÃO DE NOTAS
SÃO PAULO
Autentico a presente cópia reprográfica, conferi com o original e dou fé.
SP 09 OUT 2024
ALEXANDRE DA SILVA
ESCREVENTE AUTORIZADO
124628
AUTENTICAÇÃO
AU1027AS0087405

EM BRANCO
1º TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO

002532

JOÃO BATISTA CUNHA



002533

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MG-10.007.335 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/07/2017

NOME
JOAO BATISTA DA CUNHA

FILIAÇÃO
JOAO RODRIGUES DA CUNHA
DIVINA MOREIRA DA CUNHA

DATA DE NASCIMENTO
15/9/1981

NATURALIDADE
POUSO ALEGRE-MG

NASC. LV-23 FL-241
CONGONHAL-MG

046928186-38

LETÍCIA BAPTISTA GAMBOGE REIS
ASSINATURA DO DIRETOR

2 VIA

P11-2160

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

002535

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

ESTADO DE MINAS GERAIS
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

124628
AUTENTICAÇÃO
ALI1037A50687388

EM BRANCO

FACULDADES INTEGRADAS DE JACAREPAGUÁ

RECONHECIDA PELO DECRETO Nº 790/93 - DOU 16/02/94
Mantida pela Associação Jacarepaguá de Ensino Superior – AJES
Ladeira da Freguesia, 196, Freguesia - Jacarepaguá - Rio de Janeiro RJ
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

C E R T I F I C A D O

JOÃO BATISTA DA CUNHA

nascido(a) em 15/09/1981, nacionalidade BRASILEIRA, naturalidade POUSO ALEGRE MG

concluiu o curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*, nível de especialização, em

GESTÃO HOSPITALAR

área de conhecimento de CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS.

realizado no período de 19/02/2011 a 19/10/2011, com carga horária de 360 horas.

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2013.

Profª. Lilian Maria Soares Noronha
Diretor(a) Geral

Diretor

Prof. Ms. Hércules Pereira
Diretor Acadêmico

002537

Disciplina	Carga Horária	Freqüência	Aproveitamento	Nome e Titulação dos Professores
DIDÁTICA DO ENSINO SUPERIOR	60 h	100 %	9,2	LÚCIA BARONI MARTINAZZO - MESTRE
GESTÃO DE PESSOA	60 h	100 %	9,5	ANDRÊA ALVES SILVEIRA MONTEIRO - MESTRE
GESTÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA	60 h	100 %	9,0	ANDRÊA ALVES SILVEIRA MONTEIRO - MESTRE
MARKETING HOSPITALAR	60 h	100 %	9,5	ANA RITA ALVES FERREIRA - MESTRE
METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO	60 h	100 %	9,2	LUIZ ANNUNZIATA NETO - MESTRE
SISTEMA DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA HOSPITALAR	60 h	100 %	9,2	ANA RITA ALVES FERREIRA - MESTRE
TOTAL	360 h	—	—	—

002538

Titulo da Monografia / Orientador(a) / Avallação:

"IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO" LUCIA HELENA LUIZA VIEIRA
AMIM - MESTRE (Nota: 8,0)

- O presente curso cumpre todas as disposições legais da Resolução CNE/CES/MEC n.º 01/07;
- Certificado expedido nos termos do Art. 7 da Resolução CNE/CES/MEC n.º 01/07 e do Art. 5º do Decreto n.º 5622/05;
- O corpo docente é composto por especialistas, mestres e doutores de acordo com os percentuais previstos no Art. 4º da Resolução CNE/CES/MEC n.º 01/07;
- A Instituição ministra cursos superiores desde 1973;
- Os cursos de Administração Escolar, Supervisão Escolar, Orientação Educacional e Inspeção Escolar, estão amparados pelo Art. 64, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB n.º 9.394/96, para efeito de expedição de certificados;
- O aproveitamento mínimo é de 70% (setenta por cento) por disciplina;
- A Monografia, obrigatória, é avaliada por banca de professores Mestres e/ou Doutores;
- As FIJ foram credenciadas para ministrar cursos de Pós-graduação lato sensu, nível de especialização na modalidade a distância, pela Portaria n.º 1617/05-MEC.

Faculdades Integradas de Jacarepaguá-FIJ

Diretoria Acadêmica

Setor de Registro Acadêmico

Certificado registrado sob o n.º PA064021100

no livro 04

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 20__

Prof. Ms. Hércules Pereira
Diretor Acadêmico

TRABALHADOR

MINISTÉRIO DO TRABALHO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

190.02416.64-7

5723856 | 0060 | MG





002539

EM BRANCO

002540


QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO
JOÃO BATISTA DA CUNHA
ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE
ESPAÇO NÃO PREENCHIDO
L E G E N D A
TABELIÃO DE NOTAS
SÃO PAULO
124628
AUTENTICAÇÃO
AU1027AS0687373
AU1027AS0687372

002541



002542


DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR
CARTEIRAS ANTERIORES
ESPAÇO NÃO PREENCHIDO
CONTRATO DE TRABALHO
CONTRATO DE TRABALHO
EMPRESA FRANCINUBIA DE ARAUJO MAGLIONI - ME
CNPJ: 20.657.459/0001-05
END. CORONEL OTAVIO MEYER , 81
CEP: 37551-102 POUSO ALEGRE / MG
Esp. do Est: Serviços de vacinação e imunização humana
CARGO: ENFERMEIRO CBO: 223505
DATA ADMISSAO: 24/06/2019
REGISTRO:
REMUNERACAO: R$ 3.000,00(TRÊS MIL REAIS)
FRANCINUBIA DE ARAUJO MAGLIONI
TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO
S.P. 3 9 SET 2024
124626
AUTENTICAÇÃO
AU1027AS0687375
AU1027AS0687374

002543

EM BRANCO

002544

CONTRATO DE TRABALHO

Empresa: CENTRO UNIVERSAL DE CAPAC E TREINAM

CNPJ: 30.739.051/0001-36

End: CORONEL OTAVIO MEYER, 160, , Cidade: POUSO ALEGRE/MG CEP: 37505-058

Esp. do Est: Educação profissional de nível tecnológico

Cargo: PROFESSOR DE NIVEL TECNICO

CBO: 231305 Data Admissão: 11/02/2020

REGISTRO:

REMUNERACAO: R$ 27,38 (vinte e sete reais e trinta e oito centavos) por Hora

CENTRO UNIVERSAL DE CAPAC E TREINAM LTDA

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: IMED-INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO.

CGC/CPF/CEI: 19.324.171/0003-66

ENDEREÇO: Rua Joaquim Manoel de Macedo, nº355 – Vila Betânia – CEP 37137-156
MUNICÍPIO: Alfenas – UF: MG

Cargo: Diretor Administrativo
Data de admissão 18/01/2021.
Remuneração especifica: R$13.000,00 (treze mil reais) por mês.

09

TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO

SP 09 OUT. 2024

ALEXANDRE DA SILVA ESCREVENTE AUTORIZADO

124528 AUTENTICAÇÃO

AU102TA50687377

TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO

SP 09 OUT.

ALEXANDRE DA SILVA ESCREVENTE AUTORIZADO

124528 AUTENTICAÇÃO

AU102TA50687376

002545

EM BRANCO

002546


CONTRATO DE TRABALHO
ALTERAÇÕES DE SALÁRIO
ESPAÇO NÃO PREENCHIDO
TABELIÃO DE NOTAS
SÃO PAULO
AU1027AS0687379
AU1027AS0687378

002547

EM BRANCO

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

De ... / ... / ...
(Início)

De ... / ... / ...
(Início)

De ... / ... / ...
(Início)

ESPAÇO NÃO PREENCHIDO

De ... / ... / ...
(Início)

De ... / ... / ...
(Início)

De ... / ... / ...
(Início)

20

ANOTAÇÕES GERAIS

Contrato Experiência

O portador da presente foi admitido em caráter de experiência a partir de 24/06/2019 até 23/07/2019.

Prorrogado até 07/08/2019. Caso se queira ter havido aprovação favorável por ambas as partes.

FRANCINEIA DE ARAUJO MAGLIONI - ME

OPÇÃO
24/06/2019
Dia Mês Ano

RETRATAÇÃO
___/___/___
Dia Mês Ano

Banco depositário: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Agência:

Praça:

Empresa: FRANCINEIA DE ARAUJO MAGLIONI -

Assinatura do empregador

TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO
SP 09 OUT. 2024
ALEXANDRE DE SILVA
ESCREVENTE AUTORIZADO
124528 AUTENTICAÇÃO
AU1027AS00687381

TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO
SP 09 OUT. 2024
ALEXANDRE DE SILVA
ESCREVENTE AUTORIZADO
124528 AUTENTICAÇÃO
AU1027AS00687380

002549

EM BRANCO

ANOTAÇÕES GERAIS

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

O empregado assinou nesta data o contrato de experiência que vigorará inicialmente pelo prazo de 45 dias, podendo ser prorrogado por mais uma vez conforme artigo 445 da CLT.

Pouso Alegre, 11/01/2020

Centro Universitário de Especialização e Treinamento LTDA ME.

22

ANOTAÇÕES GERAIS

O portador da presente carteira foi admitido em 18/01/2021, pelo prazo de experiência de 45 dias, podendo ser prorrogado por mais 45 dias mediante assinatura do termo de prorrogação.

Alfenas, 18 de janeiro de 2021.

IMED-INSTITUTO DE MEDICINA ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

23

TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO

S.P. 05 OUT. 2021

ALEXANDRE DA S... ESCREVENTE AUTORIZADO

124628 AUTENTICAÇÃO

AU1027A00687382

TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO

S.P. 05 OUT. 2021

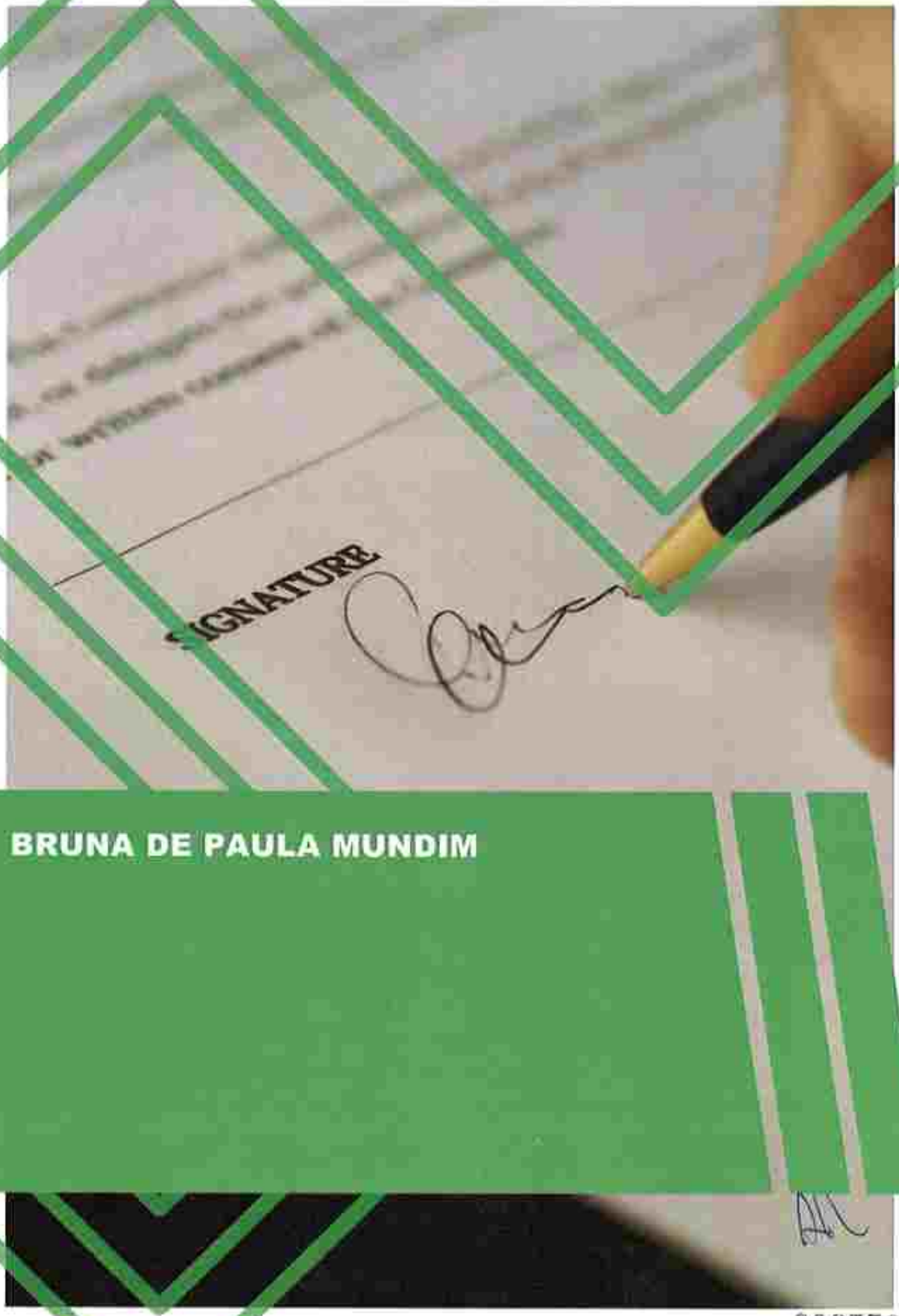
ALEXANDRE DA S... ESCREVENTE AUTORIZADO

124628 AUTENTICAÇÃO

AU1027A00687382

002551

4º TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO
SEM BRANCO



BRUNA DE PAULA MUNDIM

002553

002554

CERTIFICADO

A Faculdade Verbo Educacional, credenciada junto ao MEC pela portaria Nº 913, de 17 de Agosto de 2016, confere a Bruna de Paula Mundim o presente certificado de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão Hospitalar, promovido pela Instituição, no período de 10/04/2022 a 14/03/2023, de acordo com a Resolução CNE/CES Nº 1, de 06 de Abril de 2018, em nível de especialização, com carga horária de 360 horas.

TABELIÃO DE NOTAS
SÃO PAULO
SP 08 OUT. 2023
124628
AUTENTICAÇÃO
AU1027AS0685912

Porto Alegre, 15 de Março de 2023

Nylson Paim de Abreu Filho
Diretor Acadêmico

Bruna de Paula Mundim

002555

VERBO EDUCACIONAL

002556



FACULDADE VERBO EDUCACIONAL

COORDENAÇÃO ACADÊMICA

REGISTRO DE CERTIFICADOS E ATESTADOS

REGISTRO Nº 1446 EXPEDIDO EM [illegible]

PORTO ALEGRE (RS) [illegible]

Coordenadora Acadêmica

Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: 11/10/2024

Nome Civil: **BRUNA DE PAULA MUNDIM**
CPF: **993.156.291-91**
Data de Nascimento: **13/06/1983**
Sexo: **Feminino**
Nacionalidade: **Brasileira**
Nome da Mãe: **VALERIA DE PAULA PAIVA SILVEIRA MUNDIM**

Contratos de Trabalho

- 12/08/2024 - Aberto

IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO
CNPJ RAIZ: 19.324.171
Endereço: **RUA ITAPEVA 202 CONJ**
Ocupação inicial: **131205 - DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE**
Tipo de contrato: **Prazo determinado, definido em dias**
Tipo de admissão: **Admissão**
Salário contratual: **R$ 20.384,75**
Remuneração inicial: **R$ 26.103,08**
Última remuneração informada: **R$ 26.103,08** (09/2024)
Relação de trabalho: **Empregado**
Fonte da informação: **ESOCIAL**
Anotações:

12/08/2024 - Admissão
Observações:



Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 11/10/2024.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

002557

002558